کتابچه راهنمای اعضا

2027

Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)

کانتی آلامدا

H2035_26_04010_DSNP_MBR_EOC_CY27_C Approved 08262026

OMB Approval 0938-1444
(Expires: 5/31/2029)

1 ژانویه، 2027 – 31 دسامبر، 2027

پوشش دارویی و سلامت شما تحت Alameda Alliance Wellness **(HMO D-SNP)**

Alameda Alliance Wellness مزایای تحت پوشش Medi-Cal و Medicare را ارائه می‌دهد.

معرفی کتابچه راهنمای اعضا

این *کتابچه راهنمای اعضا*، که با نام *شواهد پوشش* نیز شناخته می‌شود، اطلاعات مربوط به پوشش شما تحت طرح ما تا 31 دسامبر، 2027 را ارائه می‌دهد. توضیحاتی در رابطه با خدمات مراقبت‌های بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روان و اختلال مصرف مواد)، پوشش دارویی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت در آن ارائه می‌شود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در **فصل 12** این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

این یک سند قانونی مهم است. آن را در جای امنی نگاه دارید.

وقتی در این *کتابچه راهنمای اعضا* از عبارات «ما،» «به ما،» «متعلق به ما» یا «طرح ما» استفاده می‌شود، منظور Alameda Alliance Wellness است.

این سند به صورت رایگان به زبان‌های اسپانیایی، چینی، ویتنامی، فارسی و تاگالوگ در دسترس است.

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ درشت، بریل و/یا صوتی، از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) دریافت کنید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.

شما می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. این یک درخواست ثابت نامیده می‌شود. برای تهیه این سند در حال حاضر و در آینده به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (1.888.882.3767) 1.888.88A.DSNP تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. Alliance Wellness زبان و قالب ترجیحی شما را برای ارتباطات بعدی در پرونده نگهداری خواهد کرد. برای اعمال هرگونه تغییر در ترجیحات خود، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اطلاعیه دسترس‌پذیری خدمات کمک زبانی و خدمات و کمک‌های جانبی

ATTENTION: If you need help in your language, call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). These services are free of charge.

توجه: اگر به زبان خودتان به کمک نیاز دارید، با شماره 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. برای افراد دارای ناتوانی، کمک‌ها و خدماتی مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت نیز در دسترس است. با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1.888.882.3767

(TTY: 1.800.735.2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese – Simplified)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Chinese Traditional)

请注意：如果您需要以您的母语提供的帮助，請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。我們可為殘障人士提供相應的輔助設施和服務，如盲文和大字印刷體格式的文件。請撥打1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。此類服務均免費提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای ناتوانی، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1**.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY:1.800.735.2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

سایر زبان‌ها

شما می توانید این *کتابچه راهنمای اعضا* و سایر مطالب مربوط به طرح را به‌صورت رایگان به سایر زبان‌ها دریافت کنید. Alameda Alliance Wellness ترجمه‌های مکتوب را توسط مترجمان مجرب ارائه می‌دهد. با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. *این کتابچه راهنمای اعضا* را مطالعه کنید تا اطلاعات بیشتری درباره خدمات کمک زبانی در مراقبت‌های بهداشتی، از جمله خدمات ترجمه شفاهی و کتبی، به دست آورید.

سایر قالب‌ها

می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای و به موقع، این اطلاعات را در قالب‌های دیگری، مانند خط بریل، چاپ درشت با فونت 20-نقطه‌ای، قالب صوتی و قالب‌های الکترونیکی قابل دسترسی (سی دی داده) دریافت کنید. با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

خدمات دسترسی زبانی

Alameda Alliance Wellness خدمات ترجمه شفاهی و همچنین زبان اشاره را توسط یک مترجم شفاهی مجرب به صورت 24 ساعته و بدون هیچ هزینه‌ای به شما ارائه می‌دهد. نیازی نیست از اعضای خانواده یا دوستان به عنوان مترجم شفاهی استفاده کنید. ما استفاده از اعضای خانواده یا دوستان، خردسالان را به عنوان مترجم شفاهی درست نمی‌دانیم، مگر اینکه شرایط اورژانسی باشد. خدمات دسترسی زبانی، شامل خدمات مترجم شفاهی، بدون هیچ هزینه‌ای برای شما در دسترس است. این خدمات به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته ارائه می‌شود. برای دریافت کمک به زبان خود یا دریافت این کتابچه راهنما به زبانی دیگر، با شماره تلفن 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

فهرست مطالب

فصل 1: شروع به عنوان عضو 13
فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم 25
فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت‌های بهداشتی شما و سایر خدمات تحت پوشش 47
فصل 4: نمودار مزایا 73
فصل 5: دریافت داروهای سرپایی شما 140
فصل 6: هزینهٔ پرداختی شما برای داروهای Medicare و Medi-Cal 161
فصل 7: درخواست از ما برای پرداختصورت‌حسابی که بابت خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کردید 167
فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما 174
فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار باید بکنید (تصمیمات پوششی، درخواست‌های تجدیدنظر، شکایات) 186
فصل 10: پایان عضویت شما در طرح ما 230
فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی 239
فصل 12: تعریف اصطلاحات مهم 245

سلب مسئولیت‌ها

- Alameda Alliance Wellness یک طرح HMO D-SNP است که با Medicare و برنامه California State Medi-Cal (Medicaid) قرارداد دارد. ثبت‌نام در Alameda Alliance Wellness به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- پوشش تحت Alameda Alliance Wellness، به منزله واجد شرایط بودن برای پوشش درمانی به نام «پوشش ضروری حداقلی» است. این قانون، الزام مسئولیت مشترک فردی در قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون‌به‌صرفه (Affordable Care Act, ACA) را برآورده می‌کند. به وب‌سایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families مراجعه کنید.
- ممکن است مزایا و/یا سهم‌های بیمار در تاریخ 1 ژانویه، 2028 تغییر کنند.
- شبکه داروخانه‌ها، داروهای تحت پوشش و/یا شبکه ارائه‌دهندگان ما ممکن است در هر زمانی تغییر کند. حداقل 30 روز قبل از اعمال هرگونه تغییری که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد، یک اطلاعیه دریافت خواهید کرد.

فصل 1: شروع به عنوان عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره طرح سلامت Alameda Alliance Wellness، است که تمام خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و تمام خدمات Medicare و Medi-Cal شما و همچنین عضویت‌تان در این طرح را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاراتی داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید 15

B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal 15

B1. Medicare 15

B2. Medi-Cal 15

C. مزایای طرح ما 16

D. منطقه خدمات‌رسانی طرح ما 17

E. آنچه شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند 17

F. آنچه که می‌بایست پس از پیوستن به طرح سلامت ما انتظار داشته باشید 18

G. تیم مراقبت و طرح مراقبت شما 19

G1. **تیم مراقبت** 19

G2. **طرح مراقبت** 19

H. خلاصه‌ای از هزینه‌های مهم 20

I. این کتابچه راهنمای اعضا 20

J. سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می‌کنید 20

J1. کارت شناسایی عضویت شما 20

J2. *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* 21

J3. *لیست داروهای تحت پوشش* 22

J4. ***شرح مزایا*** 23

K. به‌روز نگه‌داشتن سابقه عضویت شما 23

K1. **حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (**personal health information, PHI**)** 24

A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند ارائه می‌دهد. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و حمایت‌های بلندمدت، ارائه دهندگان خدمات بهداشت رفتاری و سایر ارائه‌دهندگان می‌شود. ما همچنین دارای طرح سلامت هماهنگ‌کنندگان مراقبت‌ها و تیم‌های مراقبت هستیم تا به شما در مدیریت ارائه‌دهندگان و خدمات‌تان کمک کنیم. همه آن‌ها با هم کار می‌کنند تا مراقبتی که نیاز دارید را ارائه دهند.

B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare برنامه بیمه سلامت فدرال است برای:

- افراد 65 سال به بالا،
- برخی افراد زیر 65 سال که دارای ناتوانی‌های خاصی هستند، و
- افراد مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیوی (نارسایی کلیه).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid در California است. Medi-Cal توسط این ایالت اجرا می‌شود و هزینه‌های آن توسط ایالت و دولت فدرال پرداخت می‌گردد. Medi-Cal به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه خدمات و حمایت‌های بلندمدت (Long-Term Services and Supports, LTSS) و هزینه‌های پزشکی را بپردازند. این برنامه خدمات اضافی و داروهایی را که تحت Medicare پوشش داده نمی‌شوند، پوشش می‌دهد.

هر ایالت در خصوص موارد زیر تصمیم می‌گیرد:

- چه چیزی به عنوان درآمد و منابع محسوب شود،
- چه کسی واجد شرایط است،
- چه خدماتی پوشش داده شوند و
- هزینه خدمات.

ایالت‌ها می‌توانند تصمیم بگیرند که برنامه‌های خود را چگونه اجرا کنند، به شرطی که از قوانین فدرال پیروی کنند.

طرح ما مورد تأیید Medicare و ایالت California قرار گرفته است. شما می‌توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از طریق طرح ما دریافت کنید تا جایی که:

- ما تصمیم به ارائه این طرح داشته باشیم و
- Medicare و ایالت California به ما اجازه دهند که این طرح را ارائه دهیم.

حتی اگر طرح ما در آینده متوقف شود، واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.

C. مزایای طرح ما

شما اکنون تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود، از جمله داروها را از طریق طرح ما دریافت خواهید کرد. **برای پیوستن به این طرح سلامت هزینه اضافی پرداخت نمی‌کنید.**

ما کمک می‌کنیم تا مزایای Medicare و Medi-Cal برای شما با هماهنگی بیشتری عمل کنند. برخی از مزایا عبارتند از:

- شما می‌توانید برای **اکثر** نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک تیم مراقبت دارید که خودتان در تشکیل آن کمک می‌کنید. تیم مراقبت شما ممکن است شامل خودتان، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان سلامت باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها دسترسی دارید. این شخص با شما، طرح ما و تیم مراقبت‌تان همکاری می‌کند تا به ایجاد یک طرح مراقبت کمک کند.
- شما می‌توانید با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود، مراقبت‌های خود را هدایت کنید.
- تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شما با شما همکاری می‌کنند تا یک طرح مراقبت طراحی کنند که نیازهای بهداشتی **شما** را برآورده کنند. تیم مراقبت به هماهنگی خدمات مورد نیاز شما کمک می‌کند. به عنوان مثال،تیم مراقبت شما اطمینان حاصل می‌کند که:
  - پزشکان شما از تمام داروهایی که مصرف می‌کنید، اطلاع دارند تا بتوانند مطمئن شوند که داروهای مناسب را مصرف می‌کنید و می‌توانند عوارض جانبی احتمالی ناشی از داروها را کاهش دهند.
  - نتایج آزمایش شما با تمام پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، در صورت لزوم، به اشتراک گذاشته می‌شود.

اعضای جدید Alameda Alliance Wellness: در بیشتر موارد، شما در روز اول ماه پس از درخواست برای ثبت‌نام در Alameda Alliance Wellness، برای دریافت مزایای Medicare خود در Alameda Alliance Wellness ثبت‌نام خواهید شد. شما همچنان می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Alameda Alliance Wellness دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. در صورت داشتن هرگونه سؤالی، لطفاً با شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

D. منطقه خدمات‌رسانی طرح ما

منطقه خدمات‌رسانی ما شامل این شهرستان‌ها در California می‌شود: شهرستان Alameda.

فقط افرادی که در منطقه خدمات‌رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما بپیوندند.

اگر به خارج از منطقه خدمات‌رسانی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اثرات نقل مکان از منطقه خدمات‌رسانی ما، به **فصل 8** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

E. آنچه شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند

شما تا زمانی واجد شرایط طرح ما هستید که:

- در منطقه خدمات‌رسانی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر در آن منطقه حضور فیزیکی داشته باشند، ساکن در منطقه‌خدمات رسانی ما محسوب نمی‌شوند) **و**
- در زمان ثبت‌نام 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید **و**
- هم بخش Medicare A و هم بخش Medicare B را داشته باشید، **و**
- شهروند ایالات متحده باشید یا غیرشهروند واجد شرایط باشید، **و**
- در حال حاضر واجد شرایط Medi-Cal **باشید.**
- اگر واجد شرایط بودن Medi-Cal خود را از دست بدهید، اما انتظار برود که ظرف (3) ماه آن را دوباره به دست آورید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش Alameda Alliance Wellness ادامه می‌دهیم. پس از اتمام پوشش Medi-Cal شما، به‌استثنای مزایای مراقبت بلندمدت (LTC) که تنها مزیت Medi-Cal تحت پوشش در طول دوره احتساب درآمد است، هزینه مزایای Medi-Cal شما را پوشش نخواهیم داد.
- کمک می‌کنیم دوباره شروط صلاحیت Medi-Cal را به دست آورید. اگر مادامی که همچنان برای پوشش Medicare خود نزد ما ثبت‌نام هستید، واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal برگردد، پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر می‌گیریم و ثبت‌نام شما نزد ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید Medi-Cal را ظرف سه (3) ماه دوباره به دست آورید، نام شما را از Alameda Alliance Wellness حذف می‌کنیم. اگر واجد شرایط بودن برای Medi-Cal را پس از خارج شدن از طرح به دست آورید، باید برای ثبت‌نام مجدد در طرح، با ما تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. آنچه که می‌بایست پس از پیوستن به طرح سلامت ما انتظار داشته باشید

هنگامی که برای اولین بار به طرح سلامت ما می‌پیوندید، ظرف 90 روز قبل یا بعد از تاریخ شروع ثبت‌نام، یک ارزیابی ریسک سلامت (health risk assessment, HRA) دریافت می‌کنید.

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنای ایجاد طرح مراقبت شما است. HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، بهداشت رفتاری و عملکردی شما می‌شود.

ما برای تکمیل HRA با شما تماس خواهیم گرفت. می‌توانیم HRA را از طریق مراجعه حضوری، تماس تلفنی یا پست تکمیل کنیم. برای اطلاع از اینکه آیا نیازهایتان تغییر کرده است، هر سال با شما تماس خواهیم گرفت.

اطلاعات بیشتر در مورد این HRA را برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر طرح ما برای شما جدید است، می‌توانید برای مدت زمان مشخصی همچنان به استفاده از پزشکانی که اکنون از آنها استفاده می‌کنید، ادامه دهید، حتی اگر آنها در شبکه ما نباشند. ما این امر را تداوم مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نباشند، می‌توانید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت‌نام تا 12 ماه حفظ کنید، در صورتی که همه شرایط زیر رعایت شود:

- شما، نماینده‌تان یا ارائه‌دهنده‌تان از ما درخواست کنید که به شما این امکان را بدهیم که به استفاده از ارائه‌دهنده فعلی خود ادامه دهید.
- ما تأیید می‌کنیم که شما با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی، با استثنائاتی، ارتباط پیشین داشته‌اید. منظور ما از «ارتباط پیشین» این است که شما حداقل یک بار برای مراجعه غیر اورژانسی در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت‌نام اولیه خود در طرح ما، به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
  - ما با بررسی اطلاعات سلامت موجود شما یا اطلاعاتی که به ما می‌دهید، ارتباط پیشین را تعیین می‌کنیم.
  - ما 30 روز فرصت داریم تا به درخواست شما پاسخ دهیم. شما می‌توانید از ما بخواهید که سریع‌تر تصمیم بگیریم و ما باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم. شما می‌توانید این درخواست را از طریق تماس با 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) انجام دهید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. اگر در معرض آسیب هستید، ما باید ظرف سه روز پاسخ دهیم.
  - شما یا ارائه‌دهنده‌تان باید هنگام درخواست، مدارک مربوط به ارتباط پیشین را نشان دهید و شرایط معینی را بپذیرید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) حداقل به مدت 90 روز ارائه دهید تا زمانی که ما اجاره DME جدید را مجاز کنیم و از یک ارائه‌دهنده شبکه بخواهیم که این تجهیزات را به شما اجاره دهد. اگرچه نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان خدمات حمل‌ونقل یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات جانبی ارائه دهید، اما می‌توانید برای خدمات حمل‌ونقل یا سایر خدمات جانبی که در طرح ما گنجانده نشده‌اند، درخواست دهید.

پس از پایان دوره تداوم مراقبت، باید از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه Alameda Alliance Wellness استفاده کنید، مگر اینکه با پزشک خارج از شبکه شما توافق کنیم. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح سلامت همکاری می‌کند. یک گروه پزشکی یا یک انجمن پزشکان مستقل (Independent Physician Association, IPA) سازمانی است که طبق قانون California تشکیل شده و با طرح‌های سلامت قرارداد می‌بندد تا خدمات مراقبت‌های بهداشتی را به ثبت‌نام‌کنندگان طرح‌های درمانی

ارائه دهد یا ترتیب دهد. یک گروه پزشکی یا IPA انجمنی از پزشکان مراقبت‌های اولیه و متخصصین است که برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ به شما ایجاد شده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت، به **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G. تیم مراقبت و طرح مراقبت شما

G1. تیم مراقبت

یک تیم مراقبت می‌تواند به شما کمک کند تا مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت کنید. تیم مراقبت ممکن است شامل پزشک شما، هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها، متخصصان شما یا افراد متخصص دیگری باشد که شما انتخاب می‌کنید.

هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها، فردی است که برای کمک به شما در مدیریت مراقبت‌های مورد نیازتان آموزش دیده است. هنگامی که در طرح ما ثبت‌نام می‌کنید، یک هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها دریافت می‌کنید. این فرد همچنین شما را به سایر منابع اجتماعی که طرح ما ممکن است ارائه ندهد، ارجاع می‌دهد و با تیم مراقبت شما برای کمک به هماهنگی مراقبت‌های شما همکاری خواهد کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هماهنگ‌کننده مراقبت‌ها و تیم مراقبت خود، با شماره‌های پایین صفحه با ما تماس بگیرید.

G2. طرح مراقبت

تیم مراقبت به شما در تهیه یک طرح مراقبت کمک می‌کند. طرح مراقبت به شما و پزشکان‌تان می‌گوید که به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می‌توانید آنها را دریافت کنید. این طرح شامل خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری و LTSS یا سایر خدمات شما می‌شود.

طرح مراقبت شما شامل موارد زیر می‌شود:

- اهداف مراقبت‌های بهداشتی شما، و
- جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیاز شما،
- ترجیحات فردی شما در مراقبت‌های بهداشتی،
- شرح خدماتی که به طور خاص متناسب با نیازهای شما طراحی شده‌اند،
- نقش تیم مراقبت بین رشته‌ای (Interdisciplinary Care Team, ICT)،
- نقش شما، نقش نماینده مجاز شما و/یا نقش مراقب شما،
- شناسایی موانع رسیدن به اهداف شما،
- تدوین برنامه‌های زمانی جهت پیگیری و ارتباطات
- ارزیابی پیشرفت در مقایسه با برنامه‌ها و اهداف و اصلاحات در صورت نیاز

تیم مراقبت شما پس از HRA با شما ملاقات می‌کند. آنها در مورد خدماتی که نیاز دارید از شما سؤال می‌کنند. همچنین در مورد خدماتی که ممکن است بخواهید در مورد دریافت آنها فکر کنید، با شما صحبت می‌کنند. طرح مراقبت شما بر اساس نیازها و اهداف‌تان ایجاد می‌شود. تیم مراقبت شما حداقل هر سال با شما همکاری می‌کند تا طرح مراقبت شما را به‌روز کند.

H. خلاصه‌ای از هزینه‌های مهم

طرح ما هیچ حق بیمه‌ای ندارد.

حق بیمه طرح H1

براساس سطح Extra Help دریافتی‌تان، نیاز نیست برای این طرح حق بیمه بپردازید. Extra Help یک برنامه Medicare است که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه‌های داروهای تجویزی Medicare بخش D خود نظیر حق بیمه، کسورات و پرداخت‌های مشترک را کاهش دهند.

I. این کتابچه راهنمای اعضا

این *کتابچه راهنمای اعضا* بخشی از قرارداد ما با شماست. این بدان معناست که ما باید از تمام قوانین این سند پیروی کنیم. اگر فکر می‌کنید کاری خلاف این قوانین انجام داده‌ایم، ممکن است بتوانید در خصوص تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE

می‌توانید با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه، *کتابچه راهنمای اعضا* را درخواست کنید. همچنین می‌توانید به *کتابچه راهنمای اعضا* که در وب‌سایت ما موجود است، مراجعه کنید. نشانی وب در پایین این صفحه قرار دارد.

این قرارداد برای ماه‌هایی که شما در طرح ما بین 1 ژانویه، 2027 و 31 دسامبر، 2027 ثبت‌نام کرده‌اید، معتبر است.

J. سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می‌کنید

سایر اطلاعات مهمی که ما در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل کارت شناسایی عضویت شما، اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به *فهرست داروهای تحت پوشش*، که به *عنوان لیست داروها* یا *فرمولاری* نیز شناخته می‌شود، می‌باشد.

J1. کارت شناسایی عضویت شما

تحت طرح ما، شما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود، از جمله خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، برخی خدمات بهداشت رفتاری و نسخه‌ها دارید. هنگام دریافت هرگونه خدمات یا نسخه، این کارت را نشان می‌دهید. در اینجا نمونه‌ای از کارت شناسایی عضویت آورده شده است:

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

اگر کارت شناسایی عضویت شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته است، فوراً با شماره خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید. ما یک کارت جدید برای شما ارسال خواهیم کرد.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت اکثر خدمات ندارید. این کارت‌ها را در جای امنی نگه دارید، چون ممکن است بعداً به آنها نیاز داشته باشید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت شناسایی عضویت خود نشان دهید، ارائه‌دهنده ممکن است به جای طرح ما، از Medicare صورتحساب بگیرد و شما ممکن است صورتحساب دریافت کنید. اگر به خدمات بیمارستانی، خدمات آسایشگاهی یا شرکت در مطالعات تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare (که آزمایش‌های بالینی نیز نامیده می‌شوند) نیاز دارید، ممکن است از شما خواسته شود کارت Medicare خود را نشان دهید. برای اطلاع از نحوه دریافت صورتحساب از یک ارائه‌دهنده، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

به یاد داشته باشید، برای دسترسی به خدمات زیر به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card, BIC) خود نیاز دارید:

- خدمات دندانپزشکی Medi-Cal
- داروهای تجویزی سرپایی که تحت پوشش Medicare نیستند
- اختلال مصرف مواد
- خدمات حمایتی در منزل، در صورت لزوم

J2. *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها*

نام ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح ما در *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* ذکر شده است. مادامی که عضو طرح ما هستید، برای دریافت خدمات تحت پوشش باید از ارائه‌دهندگان عضو شبکه استفاده کنید.

می‌توانید با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه، *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* (به صورت الکترونیکی یا نسخه کاغذی) را درخواست کنید. درخواست‌های دریافت نسخه کاغذی فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها ظرف سه روز کاری برای شما ارسال خواهد شد.

همچنین می‌توانید به *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* در آدرس وب پایین صفحه مراجعه کنید.

این فهرست راهنما، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی (مانند پزشکان، پرستاران و روانشناسان)، مراکز (مانند بیمارستان‌ها یا کلینیک‌ها)، داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان حمایت (مانند خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه [Community-Based Adult Services, CBAS]) را که ممکن است به عنوان عضوی از Alameda Alliance Wellness با آنها ملاقات کنید، فهرست می‌کند.

تعریف ارائه‌دهندگان شبکه

- ارائه‌دهندگان شبکه ما عبارتند از:
  - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که می‌توانید به عنوان عضوی از طرح ما از آنها استفاده کنید؛
  - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات بهداشتی را در طرح ما ارائه می‌دهند؛ **و**
  - LTSS، خدمات بهداشت رفتاری، آژانس‌های سلامت در منزل، تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و سایر کسانی که کالاها و خدماتی را که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید، ارائه می‌دهند.

ارائه‌دهندگان شبکه موافقت می‌کنند که هزینه خدمات تحت پوشش را از طرح ما به عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

تعریف داروخانه‌های شبکه

- داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که می‌پذیرند نسخه‌های اعضای طرح ما را ارائه دهند. از *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* برای یافتن داروخانه شبکه مورد نظرتان استفاده کنید.
- به جز در مواقع اورژانسی، اگر می‌خواهید طرح ما هزینه نسخه‌ها را پرداخت کند، باید نسخه‌های خود را از یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا از طریق شماره های پایین صفحه تماس بگیرید. هم خدمات اعضا و هم وب‌سایت ما می‌توانند جدیدترین اطلاعات را در مورد تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان شبکه‌مان در اختیار شما قرار دهند.

J3. *لیست داروهای تحت پوشش*

طرح ما دارای *لیست داروهای تحت پوشش* است. ما آن را به اختصار *لیست داروها* می‌نامیم. این لیست به شما می‌گوید که کدام داروها تحت پوشش طرح ما هستند. داروهای این لیست توسط طرح ما و با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌شوند. *لیست داروها* باید الزامات Medicare را برآورده کند. داروهایی که دارای قیمت‌های توافقی تحت برنامه مذاکره قیمت داروهای Medicare هستند، در *لیست داروهای* شما قرار می‌گیرند، مگر اینکه طبق آنچه در **فصل 5، قسمت B توضیح داده شده است، حذف و جایگزین شده باشند.** Medicare *لیست داروهای* Alameda Alliance Wellness را تأیید کرده است.

لیست داروها همچنین به شما می‌گوید که آیا قوانین یا محدودیت‌هایی در مورد دارویی وجود دارد یا خیر، مانند محدودیت در میزان دارویی که می‌توانید دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

ما هر سال اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به *لیست داروها* برای شما ارسال می‌کنیم، اما ممکن است در طول سال تغییراتی رخ دهد. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب‌سایت ما به آدرس پایین صفحه دیدن کنید.

J4. *شرح مزایا*

هنگامی که از مزایای دارویی بخش D Medicare خود استفاده می‌کنید، خلاصه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم تا به شما در درک و پیگیری پرداخت‌های داروهای بخش D Medicare کمک کند. این خلاصه، *شرح مزایا* (Explanation of Benefits, EOB) نامیده می‌شود.

EOB کل مبلغی را که شما یا اشخاص دیگری از جانب شما برای داروهای بخش Medicare D هزینه کرده‌اید و کل مبلغی را که ما برای هر یک از داروهای بخش Medicare D شما در طول ماه پرداخت کرده‌ایم، به شما نشان می‌دهد. این EOB صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی‌تان ارائه می‌کند. **فصل 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در پیگیری پوشش دارویی‌تان ارائه می‌دهد.

شما همچنین می‌توانید درخواست EOB کنید. برای دریافت نسخه‌ای از آن، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

K. به‌روز نگه‌داشتن سابقه عضویت شما

می‌توانید با اطلاع دادن به ما در مورد تغییرات اطلاعاتتان، سابقه عضویت خود را به‌روز نگه دارید.

ما به این اطلاعات نیاز داریم تا مطمئن شویم که اطلاعات صحیح شما را در سوابق خود داریم. پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما از سابقه عضویت شما برای اطلاع از خدمات و داروهای تحت پوشش و مبالغ سهم هزینه شما استفاده می‌کنند. به همین دلیل، بسیار مهم است که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

موارد زیر را فوراً به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، آدرس یا شماره تلفن شما؛
- تغییرات در هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند پوشش از جانب کارفرمای شما، کارفرمای همسرتان، یا کارفرمای شریک زندگی‌تان یا غرامت کارگران؛
- هرگونه ادعای مسئولیت، مانند ادعاهای ناشی از تصادف خودرو؛
- پذیرش در مرکز پرستاری یا بیمارستان؛
- مراقبت از جانب یک بیمارستان یا بخش اورژانس؛
- تغییرات در مراقب شما (یا هر کسی که مسئول شماست)؛ **و**
- اگر در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. (**توجه:** لازم نیست در مورد یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که قصد شرکت در آن را دارید به ما اطلاع دهید، اما ما شما را به انجام این کار تشویق می‌کنیم.)

در صورت تغییر هرگونه اطلاعاتی، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

همچنین می‌توانید با ورود به حساب عضویت خود در Alliance، اطلاعاتی را تغییر دهید. می‌توانید با مراجعه به www.alamedaalliance.org/alliancewellness ثبت‌نام کرده و به حساب عضویت خود در Alliance دسترسی پیدا کنید.

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (personal health information, PHI)

اطلاعات موجود در پرونده عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات سلامت شخصی (PHI) باشد. قوانین فدرال و ایالتی ایجاب می‌کند که ما PHI شما را محرمانه نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای جزئیات بیشتر در مورد نحوه محافظت ما از PHI شما، به **فصل 8** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس منابع مهمی را در اختیارتان قرار می‌دهد که می‌توانند به پرسش‌هایتان درباره طرح بیمه ما و مزایای مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌تان پاسخ دهند. همچنین برای اطلاع از نحوهٔ ارتباط با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و دیگران برای حمایت از خود، می‌توانید از این فصل استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* ارائه شده است.

فهرست مطالب

A. خدمات اعضا 27
B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما 30
C. برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) 32
D. خط مشاوره پرستاری 33
E. خط بحران سلامت روان 34
F. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) 35
G. Medicare 36
H. Medi-Cal 37
I. دفتر بازرس رسیدگی به شکایات مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان 38
J. خدمات اجتماعی کانتی 39
K. سازمان خدمات سلامت رفتاری کانتی 40
L. اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا 41
M. Health Consumer Alliance (HCA) 42
N. برنامه‌های کمک به مردم در پرداخت هزینه داروها 42
N1. Extra Help از طرف Medicare 42
N2. برنامه کمک در تهیه داروهای ایدز (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 42
O. تأمین اجتماعی 43

P. صندوق بازنشستگی راه‌آهن (RRB)..... 44
Q. برنامه بازرس رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal 45
R. Medi-Cal Dental 46

A. خدمات اعضا

تماس با	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). تماس با این شماره رایگان است. هفت (7) روز هفته، 8 صبح تا 8 شب، ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی که به انگلیسی صحبت نمی‌کنند، ارائه می‌دهیم.
TTY	1.800.735.2929. تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید. هفت (7) روز هفته، 8 صبح تا 8 شب
فکس	1.877.747.4504
ارسال پستی	Attn: Alliance Wellness Member Service Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
ایمیل	DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org
وب‌سایت	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

برای دریافت کمک در موارد زیر با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به طرح
- سؤالات مربوط به مطالبات یا صورت‌حساب،
- تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما
  - تصمیم‌گیری در خصوص پوشش مراقبت‌های بهداشتی شما تصمیمی است پیرامون موارد زیر:
    - مزایا و خدمات تحت پوشش شما **یا**
    - مبلغی که ما برای خدمات بهداشتی شما می‌پردازیم.
  - اگر درباره تصمیم پوشش مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌تان سؤال دارید، با ما تماس بگیرید.
  - برای اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات پوشش، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- درخواست‌های تجدیدنظر درباره مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

- تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما جهت بازنگری تصمیم اتخاذشده درباره پوشش بیمه شماست و اگر فکر می‌کنید ما اشتباهی کرده‌ایم یا با تصمیم مخالف هستید، از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- شکایات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی

- شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده‌ای (از جمله ارائه‌دهنده عضو شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما همکاری می‌کند. همچنین می‌توانید در رابطه با کیفیت خدمات مراقبتی دریافتی، نزد سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) شکایت کنید (به **بخش F** مراجعه نمایید.)
- می‌توانید از طریق شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) با ما تماس بگیرید و شکایت خود را توضیح دهید.
- اگر شکایت شما مربوط به تصمیم درباره پوشش خدمات بهداشتی‌درمانی‌تان باشد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید (به بخش بالا مراجعه کنید).
- می‌توانید شکایت خود درباره طرح ما را به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در نشانی www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست کمک با شمارهٔ 1-800-MEDICAR (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- از طریق تماس با شمارهٔ 1-855-501-3077 می‌توانید نزد برنامه بازرس رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal از ما شکایت کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ارائه شکایت درزمینهٔ مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی‌تان، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا*مراجعه کنید.

- تصمیم‌گیری درباره پوشش داروهای شما

- تصمیم‌گیری درباره پوشش داروهای شما، تصمیمی است درباره:
  - مزایا و داروهای تحت پوشش شما **یا**
  - مبلغی که ما برای داروهایتان می‌پردازیم.
- داروهای خارج از پوشش Medicare، مانند داروهای بدون نسخه (Over the Counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به وب‌سایت Medi-Cal Rx به نشانی (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شمارهٔ 800-977-2273 تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درزمینهٔ تصمیم‌گیری درباره پوشش داروهای خود، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- تجدیدنظرهای مربوط به داروهایتان
  - تجدیدنظر روشی برای درخواست از ما جهت تغییر تصمیمِ مربوط به پوشش است.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درزمینهٔ درخواست تجدیدنظر درباره پوشش داروهای خود، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شکایات مربوط به داروهایتان
  - شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل شکایت درباره داروهای شما نیز می‌شود.
  - اگر شکایت شما مربوط به تصمیم‌گیری درباره پوشش داروهایتان باشد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. (به بخش بالا مراجعه کنید.)
  - می‌توانید شکایت خود درباره طرح ما را به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در نشانی www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست کمک با شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درزمینهٔ طرح شکایت درباره پوشش داروهای خود، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی یا داروهایی که هزینه آن‌ها را قبلاً پرداخته‌اید
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست بازپرداخت هزینه از ما، یا پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - اگر از ما بخواهید صورت‌حسابی پرداخت کنیم و ما بخشی از درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. هماهنگ‌کننده مراقبت شما

هماهنگ‌کننده مراقبت به فردی گفته می‌شود که به‌طور ویژه برای کمک به شما در هماهنگ کردن فرایند مراقبت آموزش دیده است. هماهنگ‌کننده مراقبت شما عضوی از تیم مراقبت شما خواهد بود و به‌عنوان مسئول اصلی ارتباط برای شما خدمت خواهد کرد. پس از ثبت‌نام، یک هماهنگ‌کننده مراقبت با شما تماس خواهد گرفت تا ارزیابی ریسک سلامت (Health Risk Assessment, HRA) و طرح مراقبت فردی (Individualized Care Plan, ICP) شما را تکمیل کند. هماهنگ‌کننده مراقبت شما برای کمک به شناسایی و شخصی‌سازی نیازهای مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی متناسب با شما، از این ابزارها استفاده خواهد کرد. می‌توانید از طریق شماره زیر با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

تماس با	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). تماس با این شماره رایگان است. هفت (7) روز هفته، 8 صبح تا 8 شب ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی که به انگلیسی صحبت نمی‌کنند، ارائه می‌دهیم.
TTY	1.800.735.2929. تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید. هفت (7) روز هفته، 8 صبح تا 8 شب
فکس	1.877.747.4504
ارسال پستی	Attn: Medicare Member Service Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
ایمیل	DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org
وب‌سایت	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

برای دریافت کمک در موارد زیر با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی شما
- سؤالات مربوط به دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)
- سؤالات مربوط به مزایای دندانپزشکی
- سؤالات مربوط به حمل‌ونقل به قرار ملاقات‌های پزشکی

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

- سؤالات مربوط به خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت (Long-term Services and Supports, LTSS)، از جمله خدمات جامعه‌محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS) و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF)
- رزرو وقت ملاقات با پزشک – برای سلامت جسمی و روانی شما
- آشنایی با خدمات و منابع موجود در جامعه
- هماهنگی خدمات و لوازمی که در خانه به آن‌ها نیاز دارید
- ارائه ابزارهایی برای مراقبت بهتر از خودتان
- رسیدن به اهداف سلامت خود

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات جامعه‌محور بزرگسالان (CBAS)
- مراقبت پرستاری حرفه‌ای
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتار درمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت در منزل
- خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) از طریق اداره خدمات اجتماعی کانتی
- گاهی می‌توانید در کارهای روزمره سلامت و زندگی کمک بگیرید.

C. برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP)

برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) یک برنامه دولتی دارای مشاوران آموزش‌دیده در هر ایالت است که کمک و اطلاعات رایگان ارائه می‌دهد و به سؤالات شما درباره Medicare پاسخ می‌دهد. در کالیفرنیا، SHIP برنامه مشاوره و پشتیبانی بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) نام دارد. مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و در یافتن بهترین راه‌حل برای مشکل خود به شما کمک کنند. HICAP در هر کانتی مشاوران آموزش‌دیده دارد و خدمات آن رایگان است.

HICAP یک برنامه مستقل ایالتی است (به هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت متصل نیست) که بودجه آن از دولت فدرال تأمین می‌شود تا مشاوره رایگان بیمه سلامت محلی به افراد دارای Medicare ارائه دهد. صفحه 8 جدول نحوه تماس با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت.

تماس با	1.800.434.0222 8 صبح تا 5 بعدازظهر، دوشنبه تا جمعه
TTY	TTY:711 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
ارسال پستی	Medicare Counseling (HICAP) 333 Hegenberger Rd., Suite 850 Oakland, CA 94621
وب‌سایت	www.lashicap.org

برای دریافت کمک در موارد زیر با HICAP تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به Medicare
- مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما درباره تغییر به طرح جدید پاسخ دهند و در این موارد به شما کمک کنند:
  - مطلع شدن از حقوق خود،
  - درک کردن گزینه‌های طرح خود،
  - پاسخ به سؤالات شما درباره تغییر طرح،
  - طرح شکایت درباره مراقبت یا درمان، **و**
  - کمک در مسائل مربوط به صورت‌حساب یا ادعاها.

D. خط مشاوره پرستاری

خط مشاوره پرستاری (Nurse Advice Line, NAL) می‌تواند 24 ساعت شبانه‌روز و هر روز سال، اطلاعات و مشاوره پزشکی رایگان به شما ارائه دهد. برای مطرح کردن سؤالات خود درباره سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی می‌توانید با خط تماس مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

تماس با	1.888.433.1876. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی که به انگلیسی صحبت نمی‌کنند، ارائه می‌دهیم.
TTY	TTY:711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته

E. خط بحران سلامت روان

اگر احساس تنهایی، درماندگی، ناامیدی دارید یا به خودکشی فکر می‌کنید، خدمات بحران برای ارائه منابع عاطفی در دسترس است.

خدمات بحران به‌صورت 24 ساعته و 7 روز هفته از طریق تماس یا پیامک به شماره 988 در دسترس است.

برای نیازهای فوری سلامت روان که اورژانسی نیستند، با تیم سلامت روان ما از طریق شماره‌های زیر تماس بگیرید.

تماس با	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). تماس با این شماره رایگان است. هفت (7) روز هفته، 8 صبح تا 8 شب ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی که به انگلیسی صحبت نمی‌کنند، ارائه می‌دهیم.
TTY	1.800.735.2929. تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید. هفت (7) روز هفته، 8 صبح تا 8 شب

برای دریافت کمک در رابطه با موارد زیر می‌توانید با خط بحران سلامت روان تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به دریافت خدمات سلامت رفتاری و اختلال سوءمصرف مواد
- برای سؤالات درباره خدمات تخصصی سلامت روان کانتی محل سکونتتان، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

F. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Commence Health دارد. این سازمان متشکل از پزشکان و سایر متخصصان بهداشتی‌درمانی است که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد تحت پوشش Medicare کمک می‌کنند. Commence Health سازمانی مستقل است. این سازمان و هیچ ارتباطی با طرح ما ندارد.

تماس با	1.877.588.1123
TTY	TTY:711 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
ارسال پستی	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
وب‌سایت	www.commencehealthqio.cms.gov

برای کمک در موارد زیر، با Commence Health تماس بگیرید:

- سؤالات مربوط به حقوق مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی خود
- ثبت شکایت درباره خدماتی که دریافت کرده‌اید، اگر:
  - با کیفیت مراقبت مشکل دارید، مثل دریافت داروی اشتباه، انجام آزمایش‌ها یا اقدامات غیرضروری، یا تشخیص نادرست،
  - فکر می‌کنید ترخیص شما از بیمارستان خیلی زود انجام شده، **یا**
  - فکر می‌کنید خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت‌های مرکز تخصصی پرستاری، یا مرکز خدمات جامع توان‌بخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) خیلی زود به پایان می‌رسند.

G. Medicare

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال به بالا، برخی افراد زیر 65 سال با ناتوانی‌های خاص، و افرادی با بیماری کلیوی در مرحله پایانی (کسانی که دچار نارسایی دائمی کلیه هستند و به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند) است.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا همان (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) سازمان فدرال مسئول Medicare است. این مرکز با سازمان‌های Medicare Advantage، از جمله طرح ما، قرارداد دارد.

تماس با	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	TTY: 1-877-486-2048 تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
گفت‌وگوی آنلاین (CHAT LIVE)	گفت‌وگوی آنلاین در: www.Medicare.gov/talk-to-someone
ارسال پستی	با Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 مکاتبه کنید
وب‌سایت	www.medicare.gov • دریافت اطلاعات درباره طرح‌های درمانی و دارویی Medicare در منطقه خود، شامل هزینه‌ها و خدمات ارائه‌شده. • پیدا کردن پزشکان یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و تأمین‌کنندگان طرف قرارداد با Medicare. • آگاهی از خدمات تحت پوشش Medicare، شامل خدمات پیشگیرانه (مثل غربالگری، واکسن‌ها و ویزیت‌های «سلامت» سالانه). • دریافت اطلاعات و فرم‌های مربوط به درخواست تجدیدنظر. • آگاهی از کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط طرح‌ها، خانه‌های سالمندان، بیمارستان‌ها، پزشکان، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در منزل، مراکز دیالیز، مراکز مراقبت تسکینی، مراکز توان‌بخشی بیماران بستری و بیمارستان‌های ارائه‌دهنده مراقبت طولانی‌مدت. • جست‌وجوی وب‌سایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید. برای ثبت شکایت در Medicare، به نشانی www.medicare.gov/my/medicare-complaint مراجعه کنید. Medicare شکایت‌های شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

H. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid در California است. این یک برنامه بیمه درمانی عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی موردنیاز را به افراد کم‌درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دچار معلولیت، کودکان و نوجوانان تحت مراقبت پرورشی، و زنان باردار، ارائه می‌دهد.بودجه Medi-Cal از محل منابع مالی دولت ایالتی و فدرال تأمین می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات پزشکی، دندان‌پزشکی، سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت است.

شما در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام کرده‌اید. اگر درباره مزایای Medi-Cal خود سؤالی دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت طرح خود تماس بگیرید. اگر درباره ثبت‌نام در طرح Medi-Cal سؤالی دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

تماس با	1-800-430-4263 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 بعدازظهر
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
ارسال پستی	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وب‌سایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. دفتر بازرس رسیدگی به شکایات مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal و سلامت روان

دفتر بازرس رسیدگی به شکایات از دیدگاهی بی‌طرف به حل مشکلات کمک می‌کند تا مطمئن شود اعضای ما تمام خدمات تحت پوشش دارای ضرورت پزشکی را دریافت می‌کنند. آن‌ها به صحبت‌های شما گوش می‌دهند، به پرسش‌های شما پاسخ می‌دهند، شرایط شما را بررسی می‌کنند، خطمشی‌ها و رویه‌ها را توضیح می‌دهند، اطلاعات، مشاوره، گزینه‌ها و ارجاع‌های مناسب ارائه می‌کنند. وظیفه آن‌ها یافتن راه‌حل‌های عادلانه برای مشکلات دسترسی به مراقبت درمانی است. آن‌ها هیچ ارتباطی با طرح ما یا با هیچ شرکت بیمه یا طرح بهداشتی دیگری ندارند. خدمات آن‌ها رایگان است.

تماس با	1-888-452-8609 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
ارسال پستی	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

ل. خدمات اجتماعی کانتی

اگر به کمک در زمینه خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)، مزایای مرتبط با درمان اعتیاد، یا شرایط احراز Medi-Cal نیاز دارید، با اداره خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

همچنین برای درخواست خدمات پشتیبانی در منزل که هزینه خدمات لازم برای ماندن ایمن در منزلتان را پوشش می‌دهد، با اداره خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید. انواع خدمات ممکن است شامل کمک در مواردی از قبیل آماده‌سازی وعده‌های غذایی، استحمام، پوشیدن لباس، شست‌وشوی لباس‌ها، خرید کردن یا حمل‌ونقل باشد.

برای مطرح کردن هرگونه سؤال درباره شرایط احراز Medi-Cal خود، با اداره خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

تماس با	1.800.698.1118. تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8:30 صبح تا 5:00 عصر (بین 12:00 تا 1:00 ظهر تعطیل است)
ارسال پستی	Alameda County Social Services Agency (Medi-Cal Center) 6955 Foothill Blvd, Suite 143 Oakland, CA 94605
وب‌سایت	https://socialservices.alamedacountyca.gov/contact-us/offices/Eastmont-Town-Center

K. سازمان خدمات سلامت رفتاری کانتی

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal و خدمات اختلال سوءمصرف مواد، در صورتی که معیارهای دسترسی را داشته باشید، از طریق کانتی در دسترس شما قرار می‌گیرد.

تماس با	1.800.491.9099. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی که به انگلیسی صحبت نمی‌کنند، ارائه می‌دهیم.
TTY	1.800.533.5018. تماس با این شماره رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته

در صورت داشتن پرسش درباره موارد زیر، برای دریافت کمک می‌توانید با سازمان سلامت رفتاری کانتی تماس بگیرید:

- خدمات تخصصی سلامت روان ارائه‌شده توسط کانتی
- خدمات اختلال سوءمصرف مواد ارائه‌شده توسط کانتی
- خدمات بستری روان‌پزشکی ارائه‌شده توسط کانتی
- خدمات حمایتی برای شرایط شدید و پایدار سلامت روان ارائه‌شده توسط کانتی
- خدمات مرتبط با افراد درگیر نظام قضایی ارائه‌شده توسط کانتی
- خدمات ویژه جوانان در حال گذار و سایر خدمات برای کودکان و نوجوانان تحت سرپرستی ارائه‌شده توسط کانتی

L. اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا

اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care, DMHC) مسئول تنظیم و نظارت بر برنامه‌های بهداشتی است. مرکز راهنمایی DMHC می‌تواند به شما در خصوص درخواست تجدیدنظر و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک کند.

تماس با	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC بین ساعات 8 صبح تا 6 بعدازظهر دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.
TDD	1-877-688-9891 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
ارسال پستی	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وب‌سایت	www.dmhc.ca.gov

M. Health Consumer Alliance (HCA)

Health Consumer Alliance (HCA) همکاری در سطح ایالت است که مشاوره حقوقی رایگان آنلاین، تلفنی یا حضوری به ساکنان کالیفرنیا ارائه می‌دهد که در دریافت یا حفظ پوشش بهداشتی‌درمانی خود با مشکل روبه‌رو هستند و به آن‌ها کمک می‌کند مشکلات پیش‌آمده با طرح‌های سلامت خود را حل‌وفصل کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره HCA یا دریافت کمک احتمالی، با شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید یا به www.healthconsumer.org/ مراجعه کنید

N. برنامه‌های کمک به مردم در پرداخت هزینه داروها

وب‌سایت Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) اطلاعاتی درباره روش‌های کاهش هزینه داروها در اختیار شما قرار می‌دهد. برنامه‌های کمک‌رسانی دیگری، طبق توصیف زیر، در اختیار افراد با درآمد محدود قرار دارد.

N1. Extra Help از طرف Medicare

چون شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای دریافت «Extra Help» از Medicare جهت پرداخت هزینه‌های طرح دارویی خود نیز صلاحیت دارید و آن را دریافت می‌کنید. برای دریافت این «Extra Help» نیاز نیست اقدامی انجام دهید.

تماس با	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048 این تماس رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
وب‌سایت	www.medicare.gov

N2. برنامه کمک در تهیه داروهای ایدز (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

برنامه کمک در تهیه داروهای ایدز یا همان سندرم نقص ایمنی اکتسابی (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) به افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز در تأمین داروهای نجات‌دهنده زندگی حین ابتلا به ایدز کمک می‌کند. داروهای Medicare بخش D که در فهرست دارویی ADAP نیز قرار دارند، واجد شرایط دریافت کمک در پرداخت هزینه نسخه از طریق اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا، دفتر ایدز هستند. توجه: برای واجد شرایط شدن در ADAP ایالت خود، افراد باید معیارهای مشخصی را رعایت کنند، از جمله ارائه مدرک سکونت در ایالت و وضعیت HIV، درآمد کم (مطابق تعریف ایالت) و داشتن بیمه ناکافی یا برخوردار نبودن از بیمه. اگر برنامه خود را تغییر دادید، به کارمند ثبت‌نام ADAP محلی خود اطلاع دهید تا بتوانید به دریافت کمک‌ها ادامه دهید. برای کسب اطلاعات درباره معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، لطفاً با شماره 1.844.421.7050 تماس بگیرید یا از وب‌سایت ADAP به نشانی https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_adap_eligibility.aspx بازدید کنید.

O. تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی واجد شرایط بودن برای Medicare را تعیین می‌کند و ثبت‌نام در Medicare را انجام می‌دهد.

در صورت نقل‌مکان یا تغییر نشانی پستی خود، باید برای اطلاع‌رسانی به تأمین اجتماعی با این اداره تماس بگیرید.

تماس با	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. از ساعت 8 صبح تا 7 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس است. برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی امور به‌صورت شبانه‌روزی، از خدمات تلفن خودکار آن‌ها استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
وب‌سایت	www.ssa.gov

P. صندوق بازنشستگی راه‌آهن (RRB)

صندوق بازنشستگی راه‌آهن (Railroad Retirement Board, RRB) سازمان فدرال مستقلی است که برنامه‌های جامع مزایا را برای کارکنان راه‌آهن کشور و خانواده‌های آن‌ها مدیریت می‌کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می‌کنید، حتماً در صورت نقل‌مکان یا تغییر نشانی پستی خود، آن‌ها را از این موضوع مطلع سازید. برای پرسش درباره مزایای خود از RRB، با این سازمان تماس بگیرید.

تماس با	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. برای صحبت با نماینده RRB، «0» را فشار دهید. ساعات تماس: دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه و جمعه از ساعت 9 صبح تا 3:30 عصر و چهارشنبه از ساعت 9 صبح تا 12 ظهر. برای دسترسی به خط کمک خودکار RRB و دریافت اطلاعات ضبط‌شده به‌صورت 24 ساعت شبانه‌روز، از جمله تعطیلات و آخر هفته‌ها، «1» را فشار دهید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید. تماس با این شماره رایگان نیست.
وب‌سایت	www.rrb.gov

Q. برنامه بازرس رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal

برنامه بازرس رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal کمک رایگان به افرادی ارائه می‌کند که در دریافت یا حفظ پوشش سلامت خود با مشکل روبه‌رو هستند و مشکلات طرح‌های سلامت آن‌ها را حل‌وفصل می‌کند.

اگر با موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح بهداشتی خود
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدیدنظر برای خدمات، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME)، خدمات بهداشت روان و غیره که رد شده‌اند
- صورت‌حساب پزشکی
- خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)

برنامه بازرس رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal در حل شکایات، درخواست تجدیدنظر و جلسات رسیدگی کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه بازرس رسیدگی به شکایات 1-855-501-3077 است.

R. Medi-Cal Dental

برخی خدمات دندان‌پزشکی از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند؛ از جمله، اما نه محدود به، خدماتی مانند:

- معاینات اولیه، رادیوگرافی، جرم‌گیری، سیلانت و درمان با فلوراید
- ترمیم‌ها و روکش‌ها
- عصب‌کشی، و
- دندان مصنوعی جزئی و کامل با تنظیم، ترمیم و تراز کردن

مزایای دندان‌پزشکی از طریق Medi-Cal Dental با پرداخت هزینه در برابر خدمات (Fee-for-Service, FFS) در دسترس هستند.

تماس با	1-800-322-6384 این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental FFS روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 عصر آماده کمک به شما هستند.
TTY	1-800-735-2922 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا تکلم دارند. برای تماس با این شماره باید از تجهیزات تلفنی ویژه استفاده کنید.
وبسایت	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت‌های بهداشتی شما و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات و قوانین خاصی است که برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش از طرح ما باید آن‌ها را بدانید. همچنین این فصل به شما اطلاعاتی درباره هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌دهندگان خدمات و در شرایط خاص (از جمله از ارائه‌دهندگان خدمات یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، اقداماتی که باید انجام دهید اگر مستقیماً برای خدمات تحت پوشش ما صورتحساب دریافت کردید، و قوانین مربوط به مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در فصل آخر این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات 49
B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد 50
C. هماهنگ‌کننده مراقبت شما 52
C1. هماهنگ‌کننده مراقبت کیست؟ 52
C2. چگونه می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید 52
C3. چگونه می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید 52
D. مراقبت دریافتی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات 53
D1. مراقبت دریافتی از سوی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) 53
D2. خدمات مراقبتی از متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان عضو شبکه 56
D3. وقتی یک ارائه‌دهنده خدمات از طرح ما خارج می‌شود 56
D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه 57
E. خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) 58
F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد) 59
F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند 59
G. خدمات حمل‌ونقل 61

G1. حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی 61
G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی 63
H. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی، نیاز فوری یا در زمان بلایا 64
H1. مراقبت در شرایط اورژانسی پزشکی 64
H2. مراقبت فوری ضروری 66
H3. مراقبت در زمان بلایا 67
I. اگر برای خدمات تحت پوشش به‌طور مستقیم صورتحساب دریافت کردید چه باید بکنید 67
I1. اگر طرح ما خدماتی را پوشش ندهد چه باید بکنید 67
J. پوشش خدمات مراقبتی در یک مطالعه پژوهش بالینی 68
J1. تعریف مطالعه پژوهش بالینی 68
J2. پرداخت هزینه خدمات هنگام شرکت در یک مطالعه پژوهش بالینی 68
J3. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهش بالینی 69
K. چگونگی پوشش خدمات مراقبتی شما در یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی 69
K1. تعریف یک مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 69
K2. مراقبت در یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی 69
L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME) 70
L1. دریافت DME به‌عنوان عضو طرح ما 70
L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Medicare اصلی 70
L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضو طرح ما 71
L4. تجهیزات اکسیژن هنگام تغییر به Medicare اصلی یا یک طرح Medicare Advantage (MA) دیگر 71

A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات

خدمات شامل مراقبت‌های بهداشتی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت (long-Term Services and Supports, LTSS)، لوازم، خدمات سلامت رفتاری، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدمات می‌باشد. **خدمات تحت پوشش** شامل هر یک از این خدمات می‌شود که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند. مراقبت‌های بهداشتی، سلامت رفتاری، و LTSS تحت پوشش در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای تجویزی و بدون نسخه در **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است.

ارائه‌دهندگان خدمات، پزشکان، پرستاران و سایر افرادی هستند که خدمات و مراقبت را به شما ارائه می‌دهند و دارای مجوز رسمی از ایالت می‌باشند. ارائه‌دهندگان خدمات همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی خانگی، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی هستند که خدمات مراقبت بهداشتی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی از LTSS را به شما ارائه می‌دهند.

ارائه‌دهندگان خدمات عضو شبکه، نهادهایی هستند که با طرح ما همکاری می‌کنند. این ارائه دهندگان خدمات توافق کرده‌اند پرداخت ما را به عنوان پرداخت کامل هزینه ها بپذیرند. ما با این ارائه‌دهندگان خدمات هماهنگ کرده‌ایم تا خدمات تحت پوشش را به شما ارائه دهند. ارائه‌دهندگان خدمات عضو شبکه، هزینه مراقبتی را که به شما ارائه می‌دهند، مستقیماً از ما دریافت می‌کنند. وقتی از یک ارائه‌دهنده خدمات عضو شبکه استفاده می‌کنید، معمولاًهیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

طرح ما تمام خدماتی را که تحت پوشش Medicare هستند و بیشتر خدمات Medi-Cal را نیز پوشش می‌دهد. این پوشش شامل برخی خدمات سلامت رفتاری و LTSS نیز می‌شود.

طرح ما معمولاً هزینه خدمات مراقبت بهداشتی، خدمات سلامت رفتاری، و بسیاری از خدمات LTSS را زمانی پرداخت می‌کند که شما از قوانین ما پیروی کنید. برای اینکه خدمات تحت پوشش طرح ما قرار بگیرند:

- مراقبتی که دریافت می‌کنید باید در جدول مزایای پزشکی ما در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* ذکر شده باشد.
- مراقبت باید **از نظر پزشکی ضروری** باشد. منظور ما از ضروری از نظر پزشکی این است که خدمات دریافتی برای تشخیص و درمان عارضه پزشکی شما معقول و لازم باشند. مراقبت ضروری از نظر پزشکی برای پیشگیری از بیمار شدن شدید فرد یا ناتوان شدن او و برای کاهش درد شدید از طریق درمان بیماری، کسالت یا آسیب مورد نیاز است.
- برای دریافت خدمات پزشکی، باید یک ارائه‌دهنده **مراقبت‌های اولیه (Primary Care Provider, PCP)** عضو شبکه داشته باشید که مراقبت شما را ارائه داده و برا آن نظارت کند. به‌عنوان عضوی از طرح، شما باید یک ارائه‌دهنده خدمات عض شبکه را به‌عنوان PCP خود انتخاب کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش D1** مراجعه کنید).
  - در بیشتر موارد، PCP عضو شبکه شما یا طرح ما باید قبل از مراجعه به ارائه‌دهنده خدماتی غیر از PCP شما یا استفاده از سایر ارائه‌دهندگان خدمات عضو شبکه، به شما تأییدیه بدهند. این فرایند **ارجاع** نامیده می‌شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما هزینه خدمات را پوشش ندهیم.
  - PCPهای طرح ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. زمانی که PCP خود را انتخاب می‌کنید، در واقع شما آن گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. این بدان معناست که PCP شما، شما را به متخصصان و خدماتی که به گروه پزشکی او نیز وابسته هستند، ارجاع می‌دهد. گروه پزشکی، مجموعه‌ای از ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه (PCP) و متخصصانی است که برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ‌شده به شما تشکیل شده‌اند.
  - برای دریافت مراقبت‌های اورژانسی یا فوری، مراجعه به ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی زنان، یا هریک از خدمات دیگری که در **بخش D1** ذکر شده‌اند، نیازی به معرفی‌نامه از PCP خود ندارید.

- **شما باید مراقبت‌های خود را از ارائه‌دهندگان خدمات عضو شبکه** دریافت کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش D** در این فصل مراجعه کنید). معمولاً ما هزینه مراقبت دریافتی از ارائه‌دهنده خدماتی که با طرح بهداشتی ما همکاری نمی‌کند، را پوشش نخواهیم داد. این بدان معناست که باید هزینه کامل خدمات دریافتی را خودتان به ارائه‌دهنده خدمات پرداخت کنید. در برخی موارد که در ادامه ذکر شده است این قانون اعمال نمی‌شود:
  - اگر به مراقبت‌های اورژانسی یا فوری از یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه نیاز داشته باشید (برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش H** مراجعه کنید).
  - اگر به مراقبتی نیاز داشته باشید که تحت پوشش طرح ما باشد اما ارائه‌دهندگان خدمات عضو شبکه ما نتوانند آن را ارائه دهند، می‌توانید آن مراقبت را از یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه دریافت کنید. در این شرایط، دریافت تأییدیه الزامی است و باید پیش از دریافت مراقبت، از طرح آن را دریافت کنید. در چنین وضعیتی، ما هزینه مراقبت را همانند زمانی که آن را از یک ارائه‌دهنده خدمات عضو شبکه دریافت کرده‌اید، یا به‌صورت رایگان، تحت پوشش قرار می‌دهیم. برای کسب اطلاعات درباره گرفتن تأییدیه برای استفاده از یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه، به **بخش D4** مراجعه کنید.
  - اگر به خدمات دیالیز کلیه در زمانی که برای مدت کوتاهی خارج از منطقه تحت پوشش خدمات طرح ما هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده خدمات شما به‌طور موقت در دسترس نیست یا امکان دسترسی به او وجود ندارد، نیاز داشته باشید، می‌توانید این خدمات را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید.
  - زمانی‌که برای اولین‌بار به طرح ما می‌پیوندید، می‌توانید درخواست کنید که همچنان از ارائه‌دهندگان خدمات فعلی خود استفاده کنید. در برخی موارد استثنایی، ما موظف به تأیید این درخواست هستیم، مشروط بر اینکه بتوانیم تأیید کنیم شما پیش از این با آن ارائه‌دهندگان خدمات رابطه درمانی داشته‌اید. به **فصل 1** این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. اگر با درخواست شما موافقت شود، می‌توانید تا حداکثر 12 ماه برای دریافت خدمات، همچنان از ارائه‌دهندگان خدمات فعلی خود استفاده کنید. در طول این مدت، هماهنگ‌کننده مراقبت شما با شما تماس می‌گیرد تا به شما در یافتن ارائه‌دهندگان خدمات عضو شبکه ما کمک کند. پس از گذشت 12 ماه، اگر همچنان از ارائه‌دهندگان خدماتی استفاده کنید که عضو شبکه ما نیستند، دیگر هزینه مراقبت‌های شما تحت پوشش ما قرار نخواهد گرفت.

سایر پوشش‌های درمانی: شما باید پیش از Medi-Cal از تمام پوشش‌های درمانی دیگر استفاده کنند، زیرا Medi-Cal به عنوان «آخرین منبع پرداخت» عمل می‌کند و در صورتی که همان خدمت درمانی تحت پوشش بیمه اولیه دیگری شما قرار داشته باشد، ابتدا باید از آن استفاده کنید. این بدان معناست که در اغلب موارد Medi-Cal پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به Medicare خواهد بود و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط Medicare یا سایر پوشش سلامت را تا سقف نرخ Medi-Cal پوشش می‌دهد.

اعضای جدید Alameda Alliance Wellness: در بیشتر موارد، شما در روز اول ماه پس از درخواست برای ثبت‌نام در Alameda Alliance Wellness، برای دریافت مزایای Medicare خود در Alameda Alliance Wellness ثبت‌نام خواهید شد. شما همچنان می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح بهداشتی Medi-Cal قبلی خود به مدت حداکثر دو ماه دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Alameda Alliance Wellness دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. لطفاً در صورت داشتن هرگونه سؤال، با شماره درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرند.

C. هماهنگ‌کننده مراقبت شما

C1. هماهنگ‌کننده مراقبت کیست؟

هماهنگ‌کننده مراقبت یکی از اعضای تیم مراقبتی بین‌رشته‌ای است که با شما آشنا می‌شود و نیازهای سلامت شما را شناسایی می‌کند. هماهنگ‌کننده مراقبت شما به‌صورت تیمی با شما، پزشک(ها)یتان، مراقبان و سایر افراد درگیر در مراقبت بهداشتی شما همکاری می‌کند و وظایف زیر را بر عهده دارد:

- بررسی نیازهای مراقبت بهداشتی شما
- برنامه‌ریزی مراقبت با شما و تیم مراقبتتان
- تدوین طرح مراقبت شخصی‌سازی‌شده بر اساس نیازها و ترجیحات شما
- هماهنگی مراقبت‌های شما
- گفت‌وگو با شما و پزشکانتان
- پیگیری وضعیت سلامت شما و ایجاد تغییرات در صورت نیاز

C2. چگونه می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید

برای صحبت با هماهنگ‌کننده مراقبت خود، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

C3. چگونه می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید

برای تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت خود، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

D. مراقبت دریافتی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات

D1. مراقبت دریافتی از سوی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)

شما باید یک PCP را انتخاب کنید تا مراقبت‌های شما را ارائه داده و مدیریت کند. طرح ما دارای PCPهایی است که با گروه‌های پزشکی ارتباط دارند. هنگام انتخاب PCP خود، شما گروه پزشکی مربوطه را نیز انتخاب می‌کنید.

تعریف PCP و نقش آن برای شما

PCP شما پزشکی است که الزامات ایالتی را داراست و آموزش دیده تا مراقبت‌های پایه پزشکی را به شما ارائه دهد.

PCP می‌تواند یکی از موارد زیر باشد:

- کلینیک
- پزشک خانواده
- مرکز درمانی موردتأیید فدرال (Federally Qualified Health Center, FQHC)
- پزشک عمومی
- ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی سرخپوستان (Indian Health Care Provider, IHCP)
- متخصص داخلی
- پرستار متخصص
- متخصص زنان و زایمان
- دستیار پزشک

گروه پزشکی یا انجمن ارائه‌دهندگان مستقل خدمات سلامت (Independent Practice Association, IPA) شبکه‌ای از پزشکان است که با یکدیگر همکاری می‌کنند. که با عنوان گروه ارائه‌دهنده خدمات نیز شناخته می‌شود.

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما (PCP) شما را به متخصصان و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی او، IPA یا با Alameda Alliance Wellness در ارتباط هستند. اگر در حال حاضر تحت نظر یک متخصص هستید، با PCP خود مشورت کنید یا با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. خدمات اعضا در صورتی که واجد شرایط تداوم مراقبت باشید، به شما کمک می‌کند تا به همان ارائه‌دهنده خدمات مراجعه کنید. مرکز درمانی مورد تأیید فدرال (Federally Qualified Health Center, FQHC) مرکز درمانی‌ای است که در مناطقی با تعداد محدود ارائه‌دهندگان خدمات قرار دارد. شما می‌توانید مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه را در یک FQHC دریافت کرده و حتی آن را به‌عنوان PCP خود انتخاب کنید.

برای برخی از انواع مراقبت‌ها، PCP شما باید پیش از ارائه مراقبت به شما، از Alameda Alliance Wellness درخواست مجوز کند. به این فرآیند درخواست تأییدیه قبلی یا مجوز اولیه گفته می‌شود. این بدان معناست که طرح باید اطمینان حاصل کند که مراقبت مورد نظر از نظر پزشکی ضروری (لازم) است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

انتخاب PCP توسط شما

اگر متخصص یا بیمارستان خاصی وجود دارد که مایلید از آن استفاده کنید، بررسی کنید که آیا آنها با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند یا خیر. می‌توانید در *فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها*جست‌وجو کنید، به وب‌سایت ما به نشانی www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor مراجعه کرده و PCP مورد نظر خود را جست‌وجو کنید، یا از خدمات اعضا بخواهید بررسی کنند که آیا PCP مدنظر شما به آن متخصص ارجاع می‌دهد یا از آن بیمارستان استفاده می‌کند.

امکان تغییر PCP خود

شما می‌توانید در هر زمان و به هر دلیلی PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما از شبکه طرح ما خارج شود. اگر PCP شما از شبکه ما خارج شود، ما به شما کمک می‌کنیم تا یک PCP جدید عضو شبکه ما پیدا کنید.

شما بهتر از هر کسی نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خود را می‌دانید، بنابراین بهتر است PCP خود را شخصاً انتخاب کنید. بهتر است با یک PCP ادامه دهید تا او با نیازهای مراقبت‌های بهداشتی شما آشنا شود. با این حال، اگر بخواهید PCP جدیدی انتخاب کنید، می‌توانید در هر زمانی این کار را انجام دهید. شما باید یک PCP را انتخاب کنید که عضو شبکه ارائه‌دهندگان Alameda Alliance Wellness باشد و بیمار جدید را نیز بپذیرد. انتخاب جدید شما از اولین روز ماه بعد از زمانی که تغییر را انجام دهید، به‌عنوان PCP شما ثبت خواهد شد. برای تغییر PCP خود، لطفاً با خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید پس از ورود به حساب کاربری خود در درگاه اعضای Alliance در وب‌سایت www.alamedaalliance.org/alliancewellness، به‌صورت آنلاین درخواست تغییر PCP را ثبت کنید.

اگر آن PCP بیمار جدید نپذیرد، از شبکه Alameda Alliance Wellness خارج شده باشد، خدمات مراقبتی به افراد در گروه سنی شما ارائه ندهد، یا اگر نگرانی‌هایی درباره کیفیت خدمات آن PCP وجود داشته باشد که برطرف نشده‌اند، Alameda Alliance Wellness میتواند PCP شما را تغییر دهد. همچنین، اگر نتوانید با PCP خود رابطه خوبی برقرار کنید یا با او به توافق نرسید، یا اگر در قرارهای ملاقات تأخیر داشته باشید یا آن‌ها را از دست بدهید، Alameda Alliance Wellness یا PCP شما ممکن است از شما بخواهند PCP خود را تغییر دهید. اگر Alameda Alliance Wellness نیاز به تغییر PCP شما داشته باشد، این موضوع را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. اگر PCP شما تغییر کند، یک نامه و کارت شناسایی عضویت جدید Alameda Alliance Wellness از طریق پست برای شما ارسال خواهد شد. که در آن، نام PCP جدید شما درج خواهد شد. برخی نکاتی که هنگام انتخاب PCP باید در نظر بگیرید:

- آیا PCP در کلینیکی کار می‌کند که من به استفاده از آن علاقه دارم؟
- آیا PCP بیمار جدید می‌پذیرد؟
- آیا پزشکان و کارکنان به زبان من صحبت می‌کنند؟
- آیا ساعات کاری مطب PCP با برنامه زمانی من هماهنگ است؟
- آیا PCP خدماتی را که من نیاز دارم، ارائه می‌دهد؟
- آیا PCP با بیمارستانی که من آن را ترجیح می‌دهم، همکاری دارد؟
- آیا PCP با متخصصانی که من به آن‌ها مراجعه می‌کنم، همکاری دارد؟

- آیا مطب PCP به خانه، محل کار یا مدرسه فرزندانم نزدیک است؟
- آیا مطب PCP نزدیک محل زندگی من است و دسترسی به مطب PCP آسان است؟

طرح ما PCPهایی دارد که ممکن است به گروه‌های پزشکی وابسته باشند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه‌های پزشکی را نیز تغییر دهید. هنگامی که درخواست تغییر می‌دهید، اگر از خدمات متخصص یا سایر خدمات تحت پوششی استفاده می‌کنید که نیاز به تأیید PCP دارند، به خدمات اعضا اطلاع دهید. خدمات اعضا به شما کمک می‌کند تا هنگام تغییر PCP، مراقبت تخصصی و سایر خدمات خود را همچنان دریافت کنید.

خدماتی که می‌توانید بدون تأیید PCP دریافت کنید

در بیشتر موارد، قبل از استفاده از سایر ارائه‌دهندگان خدمات، باید تأییدیه PCP یا طرح درمانی ما را دریافت کنید. به این تأییدیه **ارجاع** گفته می‌شود. شما می‌توانید خدماتی مانند موارد زیر را بدون دریافت تأییدیه PCP یا طرح درمانی ما دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان داخل شبکه یا خارج از شبکه
- خدمات فوری تحت پوشش که نیاز به توجه فوری پزشکی دارند (اما اورژانسی نیستند) در صورتی‌که موقتاً خارج از ناحیه خدمات طرح ما باشید، یا با توجه به زمان، مکان و شرایط، دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان داخل شبکه منطقی نباشد. نمونه‌هایی از خدمات فوری شامل بیماری‌ها و صدمات غیرمنتظره یا تشدید ناگهانی عارضه‌های پزشکی موجود می‌شود. ویزیت‌های معمول پزشکی (مانند معاینات سالانه) که از نظر پزشکی ضروری هستند، حتی اگر خارج از ناحیه خدمات طرح باشید یا دسترسی موقت به شبکه ما نداشته باشید، خدمات فوری محسوب نمی‌شوند.
- خدمات دیالیز کلیه که در مراکز دیالیز دارای تأییدیه Medicare دریافت می‌کنید، زمانی که خارج از ناحیه خدمات طرح ما باشید. اگر پیش از ترک ناحیه خدمات با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید، می‌توانیم به شما برای دریافت دیالیز در زمان سفر کمک کنیم.
- واکسن آنفلوآنزا و واکسن کووید-19، به شرطی که از ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت شوند.
- مراقبت‌های بهداشتی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این شامل معاینات پستان، ماموگرافی غربالگری (عکسبرداری اشعه ایکس از پستان)، آزمایش پاپ و معاینات لگن می‌شود، به شرطی که آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت کنید.
- خدمات پیشگیرانه و غربالگری نظیر:
  - غربالگری آنوریسم آئورت شکمی
  - سنجش تراکم استخوان
  - غربالگری بیماری قلبی عروقی
  - غربالگری سرطان واژن و دهانه رحم

علاوه بر این، اگر عضو سرخپوست آمریکایی باشید، می‌توانید خدمات تحت پوشش را بدون نیاز به ارجاع از PCP عضو شبکه یا مجوز اولیه، از یک ارائه‌دهنده خدمات مراقب بهداشتی سرخپوستان انتخابی خود دریافت کنید.

D2. خدمات مراقبتی از متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان عضو شبکه

متخصص پزشکی است که برای یک بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن خدمات مراقبتی ارائه می‌دهد. انواع مختلفی از متخصصین وجود دارد، از جمله:

- آنکولوژیست‌ها که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می‌کنند.
- کاردیولوژیست‌ها که از بیماران دارای مشکلات قلبی مراقبت می‌کنند.
- ارتوپدها که از بیماران با مشکلات استخوان، مفاصل یا عضلات مراقبت می‌کنند.

PCP شما ممکن است برای مراجعه به یک متخصص عضو شبکه یا برخی دیگر از ارائه‌دهندگان، زمانی که مراقبت خاصی برای حفظ سلامت شما از نظر پزشکی ضروری باشد، به شما نامه ارجاع دهد. PCP شما ممکن است فرمی به شما بدهد تا نزد متخصص ببرید. متخصص آن فرم را تکمیل کرده و به PCP شما بازمی‌گرداند. متخصص تا زمانی که تشخیص دهد شما به درمان نیاز دارید، شما را معالجه خواهد کرد.

اگر مشکل سلامتی دارید که برای مدت طولانی به مراقبت پزشکی خاصی نیاز دارد، ممکن است به یک ارجاع دائمی نیاز داشته باشید. داشتن ارجاع دائمی به این معنی است که می‌توانید بیش از یک بار به همان متخصص مراجعه کنید، بدون اینکه هر بار نیاز به ارجاع مجدد داشته باشید.

برای برخی از انواع مراقبت‌ها، PCP یا متخصص شما باید پیش از ارائه مراقبت به شما، از Alameda Alliance Wellness درخواست مجوز کند. به این فرآیند درخواست تأییدیه قبلی یا مجوز اولیه گفته می‌شود. این بدان معناست که طرح باید اطمینان حاصل کند که مراقبت مورد نظر از نظر پزشکی ضروری (لازم) است.

شما باید پیش از دریافت خدمات از ارائه‌دهنده خدماتی خارج از شبکه، مجوز اولیه را از Alameda Alliance Wellness دریافت کنید. PCP شما مسئول ارسال درخواست مجوز اولیه برای خدمات خارج از شبکه است.

کارکنان بالینی یا پزشکی مانند پزشکان، پرستاران و داروسازان، درخواست‌های تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) را بررسی می‌کنند. Alameda Alliance Wellness به هیچ‌وجه در تصمیم بازبین‌ها برای تأیید یا رد پوشش یا خدمات دخالتی ندارد.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدام خدمات نیاز به مجوز اولیه دارند، لطفاً به جدول مزایا در **فصل 4، بخش D** مراجعه کنید.

D3. وقتی یک ارائه‌دهنده خدمات از طرح ما خارج می‌شود

ممکن است یکی از ارائه‌دهندگان خدمات عضو شبکه که از خدمات او استفاده می‌کنید، از طرح ما خارج شود. اگر یکی از ارائه‌دهندگان خدمات شما از طرح ما خارج شود، شما از حقوق و حمایت‌هایی برخوردار خواهید بود که در ادامه به‌صورت خلاصه توضیح داده شده‌اند:

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان خدمات ما در طول سال تغییر کند، ما موظفیم دسترسی بدون وقفه شما به ارائه‌دهندگان خدمات واجد شرایط را تضمین کنیم.
- به شما اطلاع خواهیم داد که ارائه‌دهنده شما در حال ترک طرح است تا زمان کافی برای انتخاب یک ارائه‌دهنده جدید داشته باشید.

- اگر ارائه‌دهنده مراقبت اولیه یا سلامت رفتاری شما از طرح خارج شود، در صورتی که در سه سال گذشته به او مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر هر یک از سایر ارائه‌دهندگان شما از طرح خارج شوند، در صورتی که به ارائه‌دهنده معرفی شده باشید، در حال حاضر از او مراقبت دریافت می‌کنید، یا در سه ماه گذشته به او مراجعه کرده‌اید، به شما اطلاع خواهیم داد.

- ما به شما کمک خواهیم کرد تا یک ارائه‌دهنده واجد شرایط جدید عضو شبکه انتخاب کنید تا به مدیریت نیازهای مراقبتی شما ادامه دهد.
- اگر در حال حاضر تحت درمان یا تداوی پزشکی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، حق دارید درخواست کنید درمان‌ها یا تداوی با ضرورت پزشکی را همچنان از ارائه‌دهنده دیگری در شبکه ما دریافت کنید. با شما همکاری خواهیم کرد تا بتوانید مراقبت خود را ادامه دهید.
- ما اطلاعات مربوط به دوره‌های ثبت‌نام موجود و گزینه‌های پیش‌رو برای تغییر طرح را در اختیار شما قرار خواهیم داد.
- اگر نتوانیم یک متخصص واجد شرایط عضو شبکه که در دسترس شما باشد پیدا کنیم، در صورتی که یک ارائه‌دهنده یا مزایای درون شبکه برای رفع نیازهای پزشکی شما در دسترس یا کافی نباشد، موظفیم یک متخصص خارج از شبکه را برای ارائه مراقبت شما در نظر بگیریم. برای دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به مجوز اولیه نیاز است.
- اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌دهندگان شما در حال ترک طرح است، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم یک ارائه‌دهنده جدید برای مدیریت مراقبتتان انتخاب کنید.
- اگر فکر می‌کنید ما ارائه‌دهنده قبلی شما را با یک ارائه‌دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به‌خوبی مدیریت نمی‌کنیم، حق دارید شکایت کیفیت مراقبت یا یک شکواییه کیفیت مراقبت، یا هر دو را به را به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) ارائه دهید. (برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 9** مراجعه کنید.)

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه

ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، ارائه‌دهندگانی هستند که توافقنامه‌ای برای همکاری با Alameda Alliance Wellness ندارند. شما حق دارید برای دریافت خدمات اورژانسی یا خدمات فوری از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید. ممکن است مجبور شوید هزینه هرگونه مراقبتی را که از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه در ناحیه خدمات خود دریافت می‌کنید، پرداخت کنید، مگر در موارد مراقبت اورژانسی، مراقبت خانوادگی، مراقبت حساس، و مراقبتی که Alameda Alliance Wellness از پیش تأیید کرده باشد. اگر به خدمات مراقبت‌های بهداشتی که از نظر پزشکی ضروری هستند و در شبکه در دسترس نمی‌باشند نیاز داشته باشید، ممکن است بتوانید این خدمات را بدون پرداخت هزینه از یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه دریافت کنید، به‌شرطی‌که این خدمات از قبل تأیید شده باشد. اگر خدمات مورد نیاز شما درون‌شبکه موجود نباشند یا فاصله زیادی تا محل زندگی‌تان داشته باشند، Alameda Alliance Wellness می‌تواند با ارجاع شما به یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه موافقت کند. اگر ما ارجاعی به یک ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه برای شما صادر کنیم، هزینه مراقبت شما را پرداخت خواهیم کرد.برای دریافت مراقبت فوری از ارائه‌دهندگان خدمات درون شبکه در ناحیه خدماتی Alameda Alliance Wellness، نیازی به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) برای دریافت مراقبت فوری از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه ندارید. برای دریافت مراقبت فوری از ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه در محدوده خدماتی Alameda Alliance Wellness، باید تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) دریافت کنید. علاوه بر این،خدمات

دیالیز برای اعضای مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی (End-Stage Renal Disease, ESRD) پوشش داده می‌شود که به خارج از ناحیه خدمات Alameda Alliance Wellness سفر کرده باشند یا زمانی که ارائه‌دهنده به‌طور موقت در دسترس نباشد یا امکان دسترسی به او وجود نداشته باشد و نتوانند خدمات مراقبتی از ارائه‌دهندگان ESRD طرف قرارداد دریافت کنند.

اگر خارج از ناحیه خدمات Alameda Alliance Wellness هستید و به مراقبتی نیاز دارید که اورژانسی یا فوری نیست، فوراً با PCP خود تماس بگیرید. برای مراقبت اورژانسی، با **911** تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین بخش اورژانس مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

اگر به مراقبت پزشکی نیاز داشته باشید که Medicare و/یا Medi-Cal طرح ما را ملزم به پوشش آن می‌کند و ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما قادر به ارائه این مراقبت نباشند، می‌توانید این مراقبت را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. PCP شما مسئول ارسال درخواست مجوز اولیه برای خدمات خارج از شبکه است. شما باید پیش از مراجعه به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه، از طرح یا گروه پزشکی وابسته به PCP خود مجوز دریافت کنید، مگر اینکه بخواهید خدمات اورژانسی یا خدمات فوری دریافت کنید. در این شرایط، شما همان مبلغی را پرداخت خواهید کرد که اگر مراقبت را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت کرده بودید، پرداخت می‌کردید.

اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده کنید، ارائه‌دهنده باید Medicare و/یا Medi-Cal را بپذیرد.

- ما نمی‌توانیم به ارائه‌دهنده‌ای که واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، پرداختی داشته باشیم.
- اگر از ارائه‌دهنده‌ای استفاده کنید که واجد شرایط مشارکت در Medicare نیست، باید کل هزینه خدمات دریافتی را خودتان پرداخت کنید.
- اگر ارائه‌دهندگان واجد شرایط مشارکت در Medicare نباشند، باید به شما اطلاع دهند.

E. خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)

(Long-Term Services and Supports, LTSS) می‌تواند به شما کمک کند در خانه بمانید و از بستری شدن در بیمارستان یا مرکز مراقبت پرستاری تخصصی جلوگیری کنید. شما از طریق طرح ما به برخی خدمات LTSS از جمله مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی، خدمات بزرگسالان مردم‌نهاد (Community Based Adult Services, CBAS)، و حمایت‌های اجتماعی (Community Supports) دسترسی دارید. نوع دیگری از LTSS، یعنی برنامه خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services)، از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتی شما در دسترس است. LTSS شامل خدمات جامعه‌محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)، خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS)، برنامه Multipurpose Senior Services Program (MSSP) و مراقبت بلندمدت/مراقبت‌های حضانتی است. در صورت برخورداری از شرایط هریک از برنامه‌های LTSS، از جمله IHSS، هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای ارائه درخواست به شما کمک کند تا اطمینان حاصل شود از مراقبت و پشتیبانی موردنیازتان در منزل بهره‌مند شوید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)

شما حق دسترسی به خدمات سلامت رفتاری دارای ضرورت پزشکی را دارید که تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارند. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش مراقبت‌های مدیریت‌شده Medicare و Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد کانتی را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق برنامه ACCESS خدمات مراقبتی سلامت رفتاری کانتی Alameda (ACBHCS) در دسترس شما هستند.

F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal در صورتی که معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، از طریق طرح سلامت روان کانتی (Mental Health Plan, MHP) در دسترس شما قرار می‌گیرد. خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal که برنامه ACCESS خدمات مراقبتی سلامت رفتاری کانتی Alameda (ACBHCS) ارائه می‌کند شامل موارد زیر می‌شود:

- خدمات سلامت روان
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران
- خدمات درمانی اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمانی اقامتی در بحران
- خدمات مرکز سلامت روانپزشکی
- خدمات بیمارستانی روانپزشکی برای بیمار بستری
- مدیریت هدفمند پرونده
- بازپذیری اجتماعی پس از پرونده قضایی
- درمان جامعه‌محور فعال (Assertive Community Treatment, ACT)
- درمان جامعه‌محور فعال قضایی (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- مراقبت تخصصی هماهنگ (Coordinated Specialty Ccare, CSC) برای اولین بروز روان‌پریشی (First Episode Psychosis, FEP)
- خدمات کلاب‌هاوس

- خدمات ارتقاءیافته مددکار سلامت اجتماعی (Community Health Worker, CHW)
- اشتغال حمایتی
- خدمات پشتیبانی همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مردم‌نهاد
- خدمات رفتاری درمانی
- مراقبت پرورشی درمانی
- هماهنگی مراقبت فشرده
- خدمات خانگی فشرده

خدمات Drug Medi-Cal (DMC) که برنامه ACCESS خدمات مراقبتی سلامت رفتاری کانتی Alameda (ACBHCS) ارائه می‌کند شامل موارد زیر می‌شود:

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- درمان اقامتی پیش از زایمان برای اختلال مصرف مواد
- خدمات درمانی سرپایی
- برنامه درمانی مواد مخدر
- داروهای درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات مداخله بحران سیار مردم‌نهاد

اگر واجد شرایط دریافت خدمات سیستم سازمان‌یافته ارائه دارو Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) باشید از طریق برنامه ACCESS خدمات مراقبتی سلامت رفتاری کانتی Alameda (ACBHCS) در دسترس شما قرار می‌گیرد. خدمات DMC-ODS شامل موارد زیر می‌شود:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات بستری جزئی
- داروهای درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو)
- خدمات درمانی اقامتی
- خدمات مدیریت ترک اعتیاد

- برنامه درمانی مواد مخدر
- خدمات بهبودی
- هماهنگی مراقبت
- خدمات مداخله بحران سیار مردم‌نهاد
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات درمانی بستری

علاوه بر خدمات ذکرشده در بالا، اگر واجد شرایط باشید، ممکن است به خدمات بستری داوطلبانه برای ترک اعتیاد نیز دسترسی داشته باشید.

می‌توانید از طریق فهرست ارائه‌دهندگان Alameda Alliance Wellness در وب‌سایت www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor، یا با تماس با خدمات اعضا به شماره A.DSNP1.888.88 (1.888.882.3767) به خدمات سلامت روان و درمان اختلال مصرف مواد دسترسی پیدا کنید.

منابع خدمات بحران به‌صورت 24 ساعته در 7 روز هفته از طریق تماس با شماره 988 یا از طریق منابع فهرست‌شده در وب‌سایت ما www.alamedaalliance.org/alliancewellness در دسترس است. خدمات بحرانی در هر زمان بدون نیاز به تماس با طرح قابل دسترسی است. هیچ مجوز اولیه‌ای موردنیاز نیست.

Alameda Alliance Wellness هماهنگی مراقبت را برای کمک به شما در دسترسی به خدمات سلامت رفتاری ارائه می‌دهد. می‌توانید برای درخواست کمک در یافتن یک ارائه‌دهنده سلامت رفتاری با خدمات اعضا تماس بگیرید (1.888.88A.DSNP یا 1.888.882.3767).

برای دسترسی به خدمات سلامت رفتاری نیازی به ارجاع PCP نیست و یک رویکرد «بدون در اشتباه» (No Wrong Door) وجود دارد که چندین نقطه ورود به خدمات را فراهم می‌کند.

Alameda Alliance Wellness هماهنگی مراقبت و مزایا را هنگام دسترسی شما به خدمات بین Alameda Alliance Wellness و کانتی انجام خواهد داد. ممکن است لازم باشد برای برخی انواع اطلاعات، رضایت خود را جهت اشتراک‌گذاری میان Alameda Alliance Wellness و کانتی ارائه دهید.

G. خدمات زمانی «از نظر پزشکی ضروری» یا «دارای ضرورت پزشکی» محسوب می‌شود که برای حفاظت از زندگی، جلوگیری از بیماری یا ناتوانی جدی، یا تسکین درد شدید منطقی و لازم باشند. خدمات حمل‌ونقل

G1. حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی

اگر شرایط پزشکی‌تان اجازه ندهد با خودرو شخصی، اتوبوس یا تاکسی به قرارهای ملاقات خود بروید، حق دارید از خدمات حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) استفاده کنید. NEMT می‌تواند برای خدمات تحت پوشش Medi-Cal مانند قرارهای

ملاقات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، درمان اختلال مصرف مواد و داروخانه فراهم شود. اگر به NEMT نیاز دارید، می‌توانید با PCP یا سایر ارائه‌دهندگان خود صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP یا ارائه‌دهنده دیگر شما بهترین نوع وسیله نقلیه برای رفع نیازهای شما را تعیین خواهد کرد. اگر به حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز داشته باشید، ارائه‌دهنده با تکمیل فرمی و ارسال آن به Alameda Alliance Wellness برای تأیید، آن را تجویز می‌کند. بسته به نیاز پزشکی شما، این تأییدیه تا یک سال معتبر خواهد بود. PCP یا ارائه‌دهنده دیگر شما نیازتان به حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را هر 12 ماه یک بار دوباره ارزیابی خواهد کرد.

NEMT می‌تواند شامل آمبولانس، ون برانکاردی، ون ویلچر یا حمل‌ونقل هوایی باشد.
Alameda Alliance Wellness کم‌هزینه‌ترین و مناسب‌ترین نوع NEMT را متناسب با نیازهای پزشکی شما برای رفتن به قرار ملاقات‌تان فراهم می‌کند. مثلاً اگر از نظر جسمی یا پزشکی بتوانید با ون ویلچر جابه‌جا شوید، Alameda Alliance Wellness هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. شما تنها زمانی حق استفاده از حمل و نقل هوایی را دارید که عارضه پزشکی شما هر نوع حمل‌ونقل زمینی را غیرممکن سازد.

NEMT باید در شرایط زیر استفاده شود:

- زمانی که از نظر جسمی یا پزشکی به آن نیاز دارید، بر اساس مجوز کتبی PCP یا ارائه‌دهنده دیگر، چون قادر به استفاده از اتوبوس، تاکسی، خودرو یا ون برای رفتن به قرار ملاقات خود نیستید.
- به دلیل ناتوانی جسمانی یا روانی، به کمکِ راننده برای رفت و آمد به محل سکونت، خودرو یا محل درمان خود نیاز داشته باشید.

برای درخواست حمل‌ونقل پزشکی که پزشکتان برای **قرارهای ملاقات غیر فوری و روتین** تجویز کرده است، با خدمات حمل‌ونقل Alliance به شماره 1.866.791.4158 حداقل سه (3) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از نوبت خود تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. برای **قرارهای ملاقات فوری**، در اسرع وقت تماس بگیرید. زمان تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین می‌توانید در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، تماس بگیرید.

محدودیت‌های خدمات حمل‌ونقل پزشکی

Alameda Alliance Wellness سفر با کم‌هزینه‌ترین وسیله حمل‌ونقل پزشکی که نیازهای پزشکی شما را از منزل تا نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده دارای وقت ملاقات برآورده کند، پوشش می‌دهد. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمت مربوطه را پوشش ندهند، حمل‌ونقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات تحت پوشش Medi-Cal باشد اما در طرح بهداشتی نباشد، Alameda Alliance Wellness به شما کمک خواهد کرد حمل و نقل خود را برنامه ریزی کنید. فهرست خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این دفترچه راهنمای اعضا آمده است. حمل‌ونقل خارج از شبکه یا ناحیه خدمات Alameda Alliance Wellness پوشش داده نمی‌شود، مگر اینکه از پیش تأیید شده باشد.

G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی

مزایای حمل‌ونقل غیرپزشکی (NMT) شامل رفت‌وآمد به محل قرار ملاقات برای خدماتی است که ارائه‌دهنده شما تأیید کرده است. در شرایط زیر می‌توانید از خدمات حمل و نقل رایگان بهره‌مند شوید:

- برای رفت‌وآمد به قرار ملاقات خدماتی که ارائه‌دهنده‌تان تأیید کرده است،**یا**
- گرفتن داروهای تجویزی و تجهیزات پزشکی.

Alameda Alliance Wellness به شما اجازه میدهد از اتومبیل، تاکسی، اتوبوس یا سایر وسایل حمل ونقل عمومی/خصوصی برای رفتن به قرار ملاقات پزشکی خود به منظور دریافت خدمات مورد تأیید ارائه‌دهنده خود استفاده کنید.
Alameda Alliance Wellness برای هماهنگی NMT از Modivcare استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین نوع NMT را که نیازهای شما را برآورده کند، پوشش می‌دهیم.

گاهی اوقات، می‌تواند هزینه‌های سفرهایی را که با وسیله نقلیه شخصی ترتیب داده‌اید، دریافت کنید.
Alameda Alliance Wellness باید این امر را **قبل** از سفر شما تأیید کند و شما باید توضیح دهید چرا امکان استفاده از روش‌های دیگر، مثل اتوبوس برایتان وجود ندارد. می‌توانید این موضوع را از طریق تماس تلفنی، ایمیل یا حضوری به ما اطلاع دهید. **برای رانندگی خودتان بازپرداخت دریافت نخواهید کرد.**

بازپرداخت هزینه مسافت پیموده‌شده نیازمند مدارک زیر است:

- گواهینامه راننده.
- مدرک ثبت خودرو.
- مدرک بیمه خودرو.

برای درخواست حمل‌ونقل مربوط به خدماتی که تأیید شده‌اند، با خدمات حمل‌ونقل Alliance به شماره 1.866.791.4158 حداقل سه (3) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از نوبت خود تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. برای **قرارهای ملاقات فوری**، در اسرع وقت تماس بگیرید. زمان تماس کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین می‌توانید در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، تماس بگیرید.

توجه: اعضای سرخپوست آمریکایی می‌توانند برای درخواست حمل‌ونقل غیرپزشکی با کلینیک سلامت سرخپوستان محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت‌های خدمات حمل‌ونقل غیرپزشکی

Alameda Alliance Wellness سفر با کم‌هزینه‌ترین وسیله NMT که نیازهای شما را از منزل تا نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده دارای وقت ملاقات برآورده کند، پوشش می‌دهد. **شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا هزینه را مستقیم دریافت کنید.**

NMT در موارد زیر قابل استفاده **نیست**:

- زمانی که برای دریافت خدمات، به آمبولانس، ون برانکاردی، ون ویلچر یا شکل دیگری از حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز باشد.
- وقتی به دلیل شرایط جسمی یا پزشکی به کمک راننده برای رفت‌وآمد از محل سکونت، وسیله نقلیه یا مرکز درمان نیاز دارید.
- وقتی سوار بر یک ویلچر هستید و قادر به جابه‌جایی به داخل و خارج از خودرو بدون کمک راننده نیستید.
- خدمات مربوطه تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد.

H. خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی، نیاز فوری یا در زمان بلایا

H1. مراقبت در شرایط اورژانسی پزشکی

اورژانس پزشکی وضعیتی است که با علائمی مانند بیماری، درد شدید، آسیب جدی یا شرایطی که به‌سرعت رو به وخامت است همراه باشد. این وضعیت آنقدر جدی است که اگر فوراً تحت مراقبت پزشکی قرار نگیرد، شما یا هر کسی با دانش متوسط در مورد سلامت و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای جان شما یا جنین‌تان؛ **یا**
- از دست دادن یا آسیب جدی به عملکرد بدن؛ **یا**
- اختلال جدی در عملکرد هر یک از اندام‌ها یا اعضای بدن؛ **یا**
- درمورد زن بارداری که درحال زایمان فعال است، هنگامی‌که:
  - قبل از زایمان، زمان کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر وجود ندارد.
  - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است برای سلامت یا ایمنی شما یا جنین‌تان تهدید ایجاد کند.

اگر در شرایط اورژانس پزشکی هستید:

- **هر چه سریع‌تر کمک بگیرید.** با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. در صورت نیاز، آمبولانس خبر کنید. **نیاز نیست** از PCP خود تأیید یا ارجاع دریافت کنید. نیازی نیست از ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید. شما می‌توانید در هر زمان، هرجا در ایالات متحده، قلمروهای آن یا حتی سراسر جهان، از هر ارائه‌دهنده‌ای که مجوز دولتی معتبر دارد—حتی اگر عضو شبکه ما نباشد—مراقبت اورژانسی دریافت کنید.

- **هر چه سریع‌تر طرح ما را از وضعیت اورژانسی خود مطلع کنید.** ما پیگیری مراقبت اورژانسی شما را انجام می‌دهیم. شما یا شخص دیگری معمولاً باید ظرف 48 ساعت از خدمات اورژانسی، ما را در جریان قرار دهید. با این حال، اگر اطلاع‌رسانی را به تأخیر بیندازید، شما هزینه خدمات اورژانسی را پرداخت نخواهید کرد. با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. شماره تلفن خدمات اعضا روی کارت عضویت شما درج شده است.

خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی پزشکی

طرح ما خدمات آمبولانس را در شرایطی پوشش می‌دهد که رفتن به اورژانس به هر روش دیگری سلامت شما را به خطر بیندازد. ما همچنین خدمات پزشکی حین اورژانس را پوشش می‌دهیم. برای آشنایی بیشتر، به جدول مزایا در **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

ارائه‌دهندگانی که خدمات اورژانسی به شما ارائه می‌دهند، تصمیم می‌گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار شده و اورژانس پایان یافته است. آن‌ها به درمان شما ادامه می‌دهند و در صورت نیاز به مراقبت‌های پیگیری، با ما تماس خواهند گرفت تا برنامه‌ریزی لازم انجام شود.

طرح ما مراقبت‌های پیگیری شما را پوشش می‌دهد. اگر مراقبت اورژانسی خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، تلاش می‌کنیم ارائه‌دهندگان عضو شبکه هر چه زودتر مراقبت شما را برعهده بگیرند.

اگر خارج از ناحیه خدمات Alameda Alliance Wellness به مراقبت اورژانسی نیاز داشتید، به نزدیک‌ترین اورژانس (Emergency Room, ER) مراجعه کنید حتی اگر عضو شبکه Alameda Alliance Wellness نباشد. اگر به ER مراجعه کردید، از آن‌ها بخواهید با Alameda Alliance Wellness تماس بگیرند. شما یا بیمارستانی که شما را پذیرش کرده است، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت مراقبت اورژانسی، با Alameda Alliance Wellness تماس بگیرید.

Medicare پوشش مراقبت‌های پزشکی اورژانسی خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن را پوشش نمی‌دهد.
Alameda Alliance Wellness خدمات اورژانسی خارج از ایالات متحده را با محدودیت بازپرداخت سالانه $25,000 پوشش می‌دهد. لطفاً توجه داشته باشید که حداکثر مزایا برای مراقبت‌های اورژانسی در سرتاسر دنیا، مراقبت موردنیاز فوری در سرتاسر دنیا، و خدمات آمبولانس اورژانسی در سرتاسر دنیا ترکیب می‌شود. ممکن است ملزم باشید هزینه ارائه‌دهنده را در زمان دریافت خدمات بپردازید و درخواست بازپرداخت هزینه را ارسال کنید. حداکثر مبلغ مزایای سالانه به شما بازپرداخت خواهد شد.

طرح ما خدمات موردنیاز فوری و اورژانسی را در سرتاسر دنیا در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن در این شرایط پوشش می‌دهد:

- مراقبت اورژانسی
- مراقبت موردنیاز فوری
- حمل‌ونقل آمبولانس اورژانسی از محل وقوع مورد اورژانسی به نزدیک‌ترین مرکز درمان پزشکی.

خدمات در سراسر جهان تحت همان شرایط ضرورت و تناسب پزشکی پوشش داده می‌شوند که اگر همان خدمات در ایالات متحده ارائه می‌شد، اعمال می‌شدند. حمل‌ونقل در مسیر بازگشت به ایالات متحده از کشور دیگری تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. برای اطلاع دقیق از جزئیات، به نمودار مزایای پزشکی در **فصل 4، بخش D** این سند مراجعه کنید.

دریافت مراقبت اورژانسی در صورتی که اورژانسی نبوده باشد

گاهی تشخیص اینکه در شرایط اورژانسی پزشکی یا سلامت رفتاری قرار دارید، دشوار می‌شود. ممکن است برای مراقبت اورژانسی مراجعه کنید و پزشک تشخیص دهد که در واقع اورژانسی نبوده است. تا زمانی که به طور منطقی فکر می‌کردید سلامتتان در خطر جدی است، هزینه مراقبت شما را پوشش می‌دهیم.

با این حال، بعد از اینکه پزشک اعلام کند اورژانسی نبوده، مراقبت‌های اضافی شما تنها در صورتی پوشش داده می‌شود که:

- از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه استفاده کنید **یا**
- مراقبت اضافی شما به عنوان «مراقبت فوری ضروری» شناخته شود و شما قوانین دریافت آن را رعایت کنید. به بخش بعدی مراجعه کنید.

H2. مراقبت فوری ضروری

مراقبت فوری ضروری مراقبتی است که برای شرایطی دریافت می‌کنید که اورژانسی نیست اما نیاز به رسیدگی فوری دارد. مثلاً، ممکن است یک بیماری موجود عود کند یا با بیماری یا آسیب غیرمنتظره‌ای مواجه شوید.

مراقبت فوری ضروری در ناحیه خدمات طرح ما

ما مراقبت فوری ضروری را تنها در صورتی پوشش می‌دهیم که:

- این مراقبت را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت کنید **و**
- قوانین مشروح در این فصل را رعایت کنید.

اگر با توجه به زمان، مکان یا شرایط، امکان یا منطقی بودن مراجعه به ارائه‌دهنده عضو شبکه وجود نداشته باشد، مراقبت فوری ضروری را که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش می‌دهیم.

برای مراقبت فوری، با PCP خود تماس بگیرید. اگر به PCP خود دسترسی ندارید، با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. یا می‌توانید برای آگاهی از مناسب‌ترین سطح مراقبت برای خود، 24 ساعت شبانه روز/7 روز هفته با خط تلفن رایگان مشاوره پرستاری به شماره 1.888.433.1876 (TTY: 711) تماس بگیرید.

مراقبت فوری ضروری خارج از ناحیه خدمات طرح ما

وقتی خارج از ناحیه خدمات طرح ما باشید، ممکن است نتوانید به یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دسترسی داشته باشید. در این صورت، طرح ما مراقبت فوری ضروری شما را که از هر ارائه‌دهنده‌ای دریافت کنید، پوشش می‌دهد. با این حال، نوبت‌های روتین که از نظر پزشکی ضروری هستند مانند معاینات سالانه، مراقبت فوری محسوب نمی‌شوند، حتی اگر خارج از ناحیه خدمات طرح ما باشید یا شبکه طرح ما به‌طور موقت در دسترس نباشد.

طرح ما خدمات موردنیاز فوری و اورژانسی را در سرتاسر دنیا در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن پوشش می‌دهد. حداکثر مزایای سالانه $25,000 برای مراقبت‌های اورژانسی در سرتاسر دنیا، مراقبت موردنیاز فوری در سرتاسر دنیا، و خدمات آمبولانس اورژانسی در سرتاسر دنیا ترکیب می‌شود. ممکن است ملزم باشید هزینه ارائه‌دهنده را در زمان دریافت خدمات بپردازید و درخواست بازپرداخت هزینه را ارسال کنید. حداکثر مبلغ مزایای سالانه به شما بازپرداخت خواهد شد.

طرح ما خدمات موردنیاز فوری و اورژانسی را در سرتاسر دنیا در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن در این شرایط پوشش می‌دهد:

- مراقبت اورژانسی
- مراقبت موردنیاز فوری
- حمل‌ونقل آمبولانس اورژانسی از محل وقوع مورد اورژانسی به نزدیک‌ترین مرکز درمان پزشکی

خدمات در سراسر جهان تحت همان شرایط ضرورت و تناسب پزشکی پوشش داده می‌شوند که اگر همان خدمات در ایالات متحده ارائه می‌شد، اعمال می‌شدند. حمل‌ونقل در مسیر بازگشت به ایالات متحده از کشور دیگری تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. برای اطلاع دقیق از جزئیات، به نمودار مزایای پزشکی در **فصل 4، بخش D** این سند مراجعه کنید.

H3. مراقبت در زمان بلایا

اگر فرماندار California، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس‌جمهور ایالات متحده وضعیت بلایای طبیعی یا اورژانس را در ناحیه جغرافیایی شما اعلام کند، همچنان حق دارید از طرح ما خدمات مراقبتی دریافت کنید.

برای کسب اطلاعات درباره چگونگی دریافت مراقبت موردنیاز در زمان اعلام بلایا، به وب‌سایت ما مراجعه کنید: www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

طی بلایای اعلام شده، اگر نتوانید از ارائه‌دهنده عضو شبکه استفاده کنید، می‌توانید بدون هزینه از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه خدمات مراقبتی دریافت کنید. اگر نتوانید از داروخانه عضو شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروهای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

I. اگر برای خدمات تحت پوشش به‌طور مستقیم صورتحساب دریافت کردید چه باید بکنید

اگر بابت خدمات تحت پوشش هزینه پرداخت کرده‌اید یا برای خدمات پزشکی تحت پوشش صورتحساب گرفته‌اید، به **فصل 7** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید تا بدانید چه کار باید انجام دهید.

شما نباید صورتحساب را خودتان پرداخت کنید. اگر این کار را بکنید، ممکن است نتوانیم هزینه را به شما بازپرداخت کنیم.

I1. اگر طرح ما خدماتی را پوشش ندهد چه باید بکنید

طرح ما تمام خدماتی را پوشش می‌دهد که:

- از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شوند، **و**
- در جدول مزایای طرح ما ذکر شده باشند (به **فصل 4** این *دفترچه راهنما اعضا* مراجعه کنید)، **و**

- آنها را طبق قوانین طرح دریافت کنید.

اگر خدماتی دریافت کنید که طرح ما پوشش نمی‌دهد، **شما باید کل هزینه آن را خودتان بپردازید،** مگر اینکه یک برنامه Medi-Cal خارج از طرح ما آن را پوشش دهد.

اگر می‌خواهید بدانید ما هزینه خدمات یا مراقبت پزشکی خاص را پرداخت می‌کنیم یا خیر، این حق را دارید که از ما بپرسید. همچنین حق دارید درخواست کنید این پاسخ به صورت کتبی به شما داده شود. اگر بگوییم خدمات شما را پوشش نمی‌دهیم، شما حق دارید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید.

فصل 9 این *دفترچه اعضا* توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما خدمات یا اقلام پزشکی را پوشش دهیم، چه کار باید بکنید. همچنین به شما می‌گوید چطور برای تصمیم مربوط به پوشش خدمات ما درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق درخواست تجدیدنظر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

ما هزینه برخی خدمات را فقط تا سقف مشخصی پرداخت می‌کنیم. اگر از این سقف بیشتر استفاده کنید، باید برای دریافت میزان بیشتری از آن نوع خدمات، هزینه کل را بپردازید. برای سقف مزایای خاص به **فصل 4** مراجعه کنید. برای اطلاع از سقف مزایا و اینکه چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

J. پوشش خدمات مراقبتی در یک مطالعه پژوهش بالینی

J1. تعریف مطالعه پژوهش بالینی

یک مطالعه پژوهش بالینی (که به آن کارآزمایی بالینی نیز گفته می‌شود) روشی است که پزشکان از آن برای آزمایش انواع جدید خدمات مراقبتی یا داروها استفاده می‌کنند. یک مطالعه پژوهش بالینی که Medicare تأیید کرده باشد معمولاً درخواست می‌کند که داوطلبانی در آن مطالعه شرکت کنند. وقتی در یک مطالعه پژوهش بالینی شرکت می‌کنید، می‌توانید همچنان عضو طرح ما باشید و بقیه مراقبت‌های خود را (مراقبت‌هایی که مرتبط با مطالعه نیستند)، از طریق طرح ما دریافت کنید.

اگر می‌خواهید در هر مطالعه پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی **نیست** به ما اطلاع دهید یا از ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود تأییدیه بگیرید، اما توصیه می‌کنیم به ما اطلاع دهید. ارائه‌دهندگانی که در چارچوب مطالعه به شما خدمات ارائه می‌دهند، لازم **نیست** از ارائه‌دهندگان عضو شبکه باشند. این موضوع شامل مزایای تحت پوششی نمی‌شود که نیازمند یک کارآزمایی بالینی یا ثبت‌نام برای ارزیابی سودمندی باشند، از جمله برخی مزایایی که مستلزم پوشش با توسعه شواهد (مقررات ملی پوشش خدمات
(National Coverage Determinations, NCD) - پوشش با تدوین شواهد
(Coverage with Evidence Development, CED)) یا مطالعات مربوط به معافیت وسایل تحقیقاتی
(Investigational Device Exemption, IDE) هستند. این مزایا همچنین ممکن است مشمول مجوز اولیه و سایر قوانین طرح باشند.

اگر قصد دارید در یک مطالعه پژوهش بالینی تحت پوشش برای اعضای Medicare شرکت کنید، از شما یا هماهنگ‌کننده مراقبتتان خواهشمندیم که با خدمات اعضا تماس بگیرید و اطلاع دهید که در یک کارآزمایی بالینی شرکت خواهید کرد.

J2. پرداخت هزینه خدمات هنگام شرکت در یک مطالعه پژوهش بالینی

اگر داوطلب یک مطالعه پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare شوید، برای خدمات تحت پوشش مطالعه هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه‌های روتین مرتبط با مراقبت شما را پرداخت می‌کند. وقتی به یک

مطالعه پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare بپیوندید، بیشتر خدمات و اقلامی که به‌عنوان بخشی از مطالعه دریافت می‌کنید تحت پوشش خواهند بود. این شامل موارد زیر است:

- اتاق و تخته برای بستری در بیمارستان که Medicare حتی اگر در مطالعه نبودید هم آن را پوشش می‌داد
- عمل جراحی یا سایر اقدامات پزشکی که بخشی از مطالعه پژوهشی باشد
- درمان هرگونه عوارض جانبی و مشکلات ناشی از مراقبت جدید

اگر در مطالعه‌ای شرکت کنید که Medicare آن را تأیید **نکرده** باشد، شما باید تمام هزینه‌های آن مطالعه را پرداخت کنید.

J3. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهش بالینی

برای اطلاعات بیشتر درباره پیوستن به یک مطالعه پژوهش بالینی، می‌توانید مطلب Medicare & Clinical Research Studies را در وب‌سایت Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies) بخوانید. همچنین می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. چگونگی پوشش خدمات مراقبتی شما در یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی

K1. تعریف یک مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

مؤسسه مراقبت بهداشتی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که مراقبت‌هایی مشابه مراقبتی که معمولاً در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت می‌کنید، ارائه می‌دهد. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برخلاف باورهای مذهبی شما باشد، ما مراقبت در یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی را پوشش می‌دهیم.

این مزایا تنها برای خدمات بستری بخش A Medicare (خدمات سلامت غیرپزشکی) در نظر گرفته شده است.

K2. مراقبت در یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت مراقبت از یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی، باید سند قانونی‌ای امضا کنید که نشان دهد مخالف دریافت درمان‌های پزشکی «غیرمستثنی» هستید.

- درمان پزشکی «غیرمستثنی» به هر نوع مراقبت یا درمانی گفته می‌شود که **داوطلبانه بوده و توسط قوانین فدرال، ایالتی یا محلی الزام** نشده باشد.
- درمان پزشکی «مستثنی» به هر نوع مراقبت یا درمانی گفته می‌شود که **داوطلبانه نبوده و توسط قوانین فدرال، ایالتی یا محلی الزامی** باشد.

برای اینکه مراقبت از یک مؤسسه سلامت غیرپزشکی مذهبی تحت پوشش طرح ما قرار گیرد، شرایط زیر باید فراهم باشد:

- مؤسسه ارائه‌دهنده مراقبت باید مورد تأیید Medicare باشد.
- طرح ما فقط جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت را پوشش می‌دهد.

- اگر خدمات این مؤسسه را در یک مرکز دریافت کنید:
  - باید یک عارضه پزشکی داشته باشید که امکان دریافت خدمات بستری بیمارستانی یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی تحت پوشش را فراهم کند.
  - باید پیش از پذیرش در مؤسسه از ما تأییدیه بگیرید، در غیر این صورت اقامت شما تحت پوشش **نخواهد** بود.

ممکن است محدودیت‌های پوشش بستری بیمارستانی Medicare اعمال شود. طرح ما روزهای بستری در بیمارستان را زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، پوشش می‌دهد. لطفاً به جدول مزایا در **فصل 4، بخش D** مراجعه کنید.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

L1. دریافت DME به‌عنوان عضو طرح ما

(Durable Medical Equipment, DME) شامل برخی اقلامی است که از نظر پزشکی ضروری هستند و ارائه‌دهنده تجویز می‌کند، مانند: ویلچر، عصا، سیستم‌های تشک برقی، ملزومات دیابت، تخت بیمارستانی برای استفاده در منزل که ارائه‌دهنده تجویز کند، پمپ‌های انفوزیون وریدی (Intravenous, IV)، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات و ملزومات اکسیژن، نبیولایزر و واکر.

برخی اقلام DME، مانند پروتزها، در مالکیت شما خواهند بود.

انواع دیگر DME را باید اجاره کنید. به‌عنوان عضو طرح ما، معمولاً اقلام DME اجاره‌ای را مالک **نمی‌شوید**، حتی اگر مدت طولانی اجاره کنید.

در برخی شرایط محدود، مالکیت اقلام DME به شما منتقل می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

حتی اگر پیش از پیوستن به طرح ما، تا 12 ماه متوالی تحت Medicare از DME استفاده کرده باشید، تجهیزات به مالکیت شما در**نخواهد** آمد.

L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Medicare اصلی

در برنامه Medicare اصلی، افرادی که برخی انواع DME را اجاره می‌کنند پس از 13 ماه مالک آن می‌شوند. در یک طرح (Medicare Advantage, MA)، طرح می‌تواند تعداد ماه‌هایی را تعیین کند که افراد باید DME را اجاره کنند تا مالک آن شوند.

در برخی شرایط محدود، مالکیت اقلام DME به شما منتقل می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید. اگر دیگر Medi-Cal نداشته باشید، باید 13 پرداخت متوالی در Medicare اصلی یا تعداد پرداخت‌های مورد نظر طرح MA را انجام دهید، تا مالک DME شوید اگر:

- در طول عضویت در طرح ما مالک DME نشده‌اید، **و**
- از طرح ما خارج شوید و مزایای Medicare خود را خارج از هرگونه طرح بهداشتی، از طریق Medicare اصلی یا طرح MA دریافت کنید.

اگر پیش از پیوستن **به طرح ما برای DME تحت Medicare اصلی یا طرح MA هزینه واریز کرده‌اید، آن پرداخت‌ها به‌حساب پرداخت‌های لازم پس از خروج از طرح ما منظور**نمی‌شود.

- شما باید 13 پرداخت جدید متوالی تحت Medicare اصلی یا تعدادی پرداخت جدید متوالی طبق قوانین طرح MA داشته باشید تا مالک DME شوید.
- زمانی‌که به Medicare اصلی یا یک طرح MA بازگردید، هیچ استثنایی در این زمینه وجود ندارد.

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضو طرح ما

اگر واجد شرایط تجهیزات اکسیژن تحت Medicare باشید، موارد زیر را پوشش می‌دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- لوله‌ها و لوازم جانبی مرتبط برای تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- تعمیر و نگهداری تجهیزات اکسیژن

تجهیزات اکسیژن باید زمانی‌که دیگر از نظر پزشکی ضروری نباشد یا اگر از طرح ما خارج شوید، بازگردانده شوند.

L4. تجهیزات اکسیژن هنگام تغییر به Medicare اصلی یا یک طرح Medicare Advantage (MA) دیگر

زمانی‌که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند و **شما از طرح ما خارج شده و به Medicare اصلی**بپیوندید، تجهیزات را برای 36 ماه از یک تأمین‌کننده اجاره می‌کنید. پرداخت‌های ماهانه اجاره، تجهیزات اکسیژن، ملزومات و خدمات ذکرشده را پوشش می‌دهد. Medicare و Medi-Cal این پرداخت‌ها را در صورتی‌که همچنان عضو آن‌ها باشید، پوشش می‌دهند.

اگر تجهیزات اکسیژن **پس از 36 ماه همچنان ضروری باشد**، تأمین‌کننده شما موظف است:

تجهیزات، ملزومات و خدمات اکسیژن را برای 24 ماه دیگر ارائه دهد

تجهیزات و ملزومات اکسیژن را تا پنج سال در صورت ضرورت پزشکی فراهم کند

اگر تجهیزات اکسیژن در **پایان دوره** پنج **ساله همچنان** ضرورت پزشکی داشته باشد:

- تأمین‌کننده دیگر ملزم به ارائه آن نیست و شما می‌توانید تجهیزات جایگزین را از هر تأمین‌کننده‌ای دریافت کنید.
- یک دوره 5 ساله جدید آغاز می‌شود.
- شما تجهیزات را از یک تأمین‌کننده به مدت 36 ماه اجاره می‌کنید.
- سپس تأمین‌کننده برای 24 ماه دیگر تجهیزات، لوازم و خدمات اکسیژن را ارائه می‌دهد.
- این چرخه هر 5 سال تا زمانی‌که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد ادامه پیدا می‌کند.

زمانی‌که تجهیزات اکسیژن ضروری باشند و **شما طرح خود را به یک طرح MA دیگر تغییر دهید، آن طرح** حداقل همان مواردی را پوشش می‌دهد که Medicare اصلی پوشش می‌دهد. می‌توانید از طرح MA جدید خود بپرسید چه تجهیزات و ملزومات اکسیژنی را پوشش می‌دهد و هزینه‌های شما چقدر خواهد بود.

فصل 4: نمودار مزایا

مقدمه

این فصل اطلاعاتی درمورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و هرگونه محدودیت یا ممنوعیتی که بر این خدمات اعمال می‌شود، ارائه می‌دهد. همچنین، درمورد مزایایی که تحت پوشش طرح ما نیستند، به شما اطلاعات می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

اعضای جدید Alameda Alliance Wellness: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Alameda Alliance Wellness، برای دریافت مزایای Medicare خود در Alameda Alliance Wellness ثبت‌نام خواهید شد. همچنان می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت درمانی Medi-Cal قبلی خود به‌مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را ازطریق Alameda Alliance Wellness دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. لطفاً با ما به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY درصورت داشتن هرگونه پرسش، می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما 75
B. قوانین در برابر ارائه‌دهندگانی که برای خدمات از شما پول می‌گیرند 75
C. درباره نمودار مزایای طرح ما 75
D. نمودار مزایای طرح ما 77
E. حمایت‌های محلی 129
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما 130
F1. انتقال اجتماعی کالیفرنیا California Community Transitions، (CCT) 130
F2. Medi-Cal Dental 131
F3. خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) 131
F4. 1915(c) برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه Home and Community Based Services, (HCBS) 132
F5. خدمات سلامت رفتاری کانتی که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد) 134
G. مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare یا Medi-Cal نیستند 138

A. خدمات تحت پوشش شما

این فصل درباره خدماتی به شما می‌گوید که طرح ما پوشش می‌دهد. همچنین می‌توانید درباره خدماتی بدانید که تحت پوشش نیستند. اطلاعات درباره مزایای دارو در **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا آمده است. این فصل درباره محدودیت‌ها در برخی خدمات نیز توضیح می‌دهد.

ازآنجاکه از Medi-Cal کمک دریافت می‌کنید، تازمانی‌که قوانین طرح ما را رعایت کنید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش خود پرداخت نمی‌کنید. برای اطلاع درباره قوانین طرح، به ***فصل 3*** این *کتابچه راهنمای خدمات اعضا* مراجعه کنید.

اگر برای درک خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و/یا خدمات اعضا با شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

B. قوانین در برابر ارائه‌دهندگانی که برای خدمات از شما پول می‌گیرند

ما به ارائه‌دهندگان خود اجازه صدور صورتحساب برای شما در خدمات تحت پوشش شبکه را نمی‌دهیم. ما مستقیماً هزینه ارائه‌دهندگان خو را می‌پردازیم، و شما را از پرداخت هرگونه هزینه‌ای بی‌نیاز می‌کنیم. این حتی اگر ما به ارائه‌دهنده خدمات کمتر از هزینه‌ای که برای خدماتی دریافت می‌کند، پرداخت کنیم، صادق است.

نباید هرگز برای خدمات تحت پوششی که دریافت می‌کنید از ارائه‌دهنده صورتحساب بگیرید. درصورت دریافت صورتحساب، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C. درباره نمودار مزایای طرح ما

«نمودار مزایا» به شما درباره خدماتی می‌گوید که طرح ما برای آنها پول پرداخت می‌کند (پوشش دارویی در **فصل 5** قرار دارد). این نمودار خدمات تحت پوشش را به‌صورت الفبایی فهرست کرده و درباره آنها توضیح داده است.

ما برای خدمات موجود در فهرست «نمودار مزایا» به شرط رعایت قوانین پول پرداخت می‌کنیم. *شما* برای خدمات ذکرشده در نمودار مزایا، مادامی‌که شرایط ذکر شده در زیر را داشته باشید، هیچ هزینه‌ای*پرداخت نمی‌کنید*.

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.
- خدماتی شامل مراقبت‌های پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و سوءمصرف مواد، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، لوازم، تجهیزات و داروها باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. «ضرورت پزشکی» خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی خود به آنها نیاز دارید. این شامل مراقبتی است که مانع بستری شدن شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری می‌شود. این امر همچنین به این معنی است که خدمات، وسایل یا داروها باید استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی را داشته باشند.
- برای ثبت‌نام‌کنندگان جدید، در 90 روز اول، ممکن است از شما درخواست نکنیم که برای هیچ دوره درمانی فعالی از قبل تأییدیه بگیرید، حتی اگر دوره درمانی برای خدماتی بوده باشد که با ارائه‌دهنده خارج از شبکه شروع شده باشد.

- می‌توانید از ارائه‌دهنده شبکه خدمات دریافت کنید. ارائه‌دهنده عضو شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در بیشتر موارد، مراقبتی که از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد، مگر اینکه مراقبتی اورژانسی یا فوری باشد یا طرح ما یا ارائه‌دهنده شبکه به شما ارجاع داده باشد. این بدان معناست که ممکن است مجبور باشید هزینه کامل خدمات خارج از شبکه دریافتی‌تان را به ارائه‌دهنده بپردازید. **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری درباره استفاده ارائه‌دهندگان داخل و خارج از شبکه در بر دارد.

- شما ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (primary care provider، PCP) یا تیم مراقبت برای ارائه و مدیریت مراقبتتان دردسترس دارید. در بیشتر موارد، قبل از اینکه بتوانید از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP خود یا سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما استفاده کنید، PCP شما باید به شما تأییدیه دهد. این فرایند «ارجاع» نامیده می‌شود. ***فصل 3*** از این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری درباره دریافت ارجاع و زمانی که به ارجاع نیاز ندارید در اختیار شما قرار می‌دهد.

- اگر پزشک یا ارائه‌دهنده شما ابتدا تأییدیه شما را دریافت کند، ما برخی از خدماتی را که در فهرست «نمودار مزایا» وجود دارد تحت پوشش قرار می‌دهیم به این امر، مجوز اولیه (prior authorization، PA) گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در «نمودار مزایا» را که به مجوز اولیه (PA) نیاز دارند با ستاره (*) علامتگذاری می‌کنیم.

- اگر طرح ما درخواست مجوز اولیه برای یک دوره درمانی را تأیید می‌کند، این تأییدیه باید تا زمانی معتبر باشد که از نظر پزشکی معقول و ضروری باشد تا از اختلال در مراقبت‌های درمانی بر اساس معیارهای پوشش، سابقه پزشکی شما و توصیه‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی جلوگیری شود.

- مانند تمام طرح‌های سلامت Medicare، ما نیز کلیه خدمات تحت پوشش Medicare اصلی را ارائه می‌دهیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش و هزینه‌های Medicare اصلی، به دفترچه راهنمای *Medicare & You 2027* خود مراجعه کنید. می‌توانید آن را به‌صورت آنلاین در www.Medicare.gov مشاهده کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و درخواست نسخه چاپی نمایید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- اگر Medicare در طول سال 2027 پوشش خدمات جدیدی را اضافه کند، ارائه آن خدمات بر عهده Medicare یا طرح ما خواهد بود.اگر واجد شرایط بودن خود را برای Medi-Cal از دست بدهید اما انتظار برود که ظرف سه (3) ماه آن را مجدداً به دست آورید، ما همچنان به ارائه تمامی مزایای Medicare تحت پوشش Alameda Alliance Wellness ادامه خواهیم داد. با پایان یافتن پوشش Medi-Cal شما، ما هزینه‌های مربوط به مزایای Medi-Cal را پرداخت نخواهیم کرد؛ به استثنای مزایای مراقبت‌های بلندمدت (LTC) که فقط مزایای Medi-Cal تحت پوشش در دوره تعلیق مشروط هستند.

- ما به شما کمک خواهیم کرد تا صلاحیت Medi-Cal خود را مجدداً احیا کنید. اگر صلاحیت Medi-Cal شما در حالی که هنوز در طرح Medicare ما ثبت‌نام هستید بازیابی شود، ما پرداخت هزینه‌های مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و ثبت‌نام شما در طرح ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید ظرف سه (3) ماه Medi-Cal را مجدداً به دست آورید، شما را از Alameda Alliance Wellness لغو ثبت‌نام خواهیم کرد. اگر پس از لغو ثبت‌نام، دوباره واجد شرایط Medi-Cal شدید، برای ثبت‌نام مجدد در طرح لازم است با ما تماس بگیرید.

کلیه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. این سیب 🍎خدمات پیشگیرانه در نمودار مزایا را نشان می‌دهد.

D. نمودار مزایای طرح ما

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	غربالگری آنوریسم (رگ‌برآمدگی) آئورت شکمی ما هزینه غربالگری سونوگرافی یکباره را برای افراد درمعرض خطر پرداخت می‌کنیم. طرح ما فقط درصورتی این غربالگری را پوشش می‌دهد که شما عوامل خطر خاصی داشته باشید و از پزشک، دستیار پزشک (PA)، پرستار متخصص (NP) یا متخصص پرستاری بالینی (CNS) خود برای آن ارجاع دریافت کرده باشید.	$0
	طب سوزنی ما هزینه حداکثر دو خدمات طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا درصورت ضرورت پزشکی، در دفعات بیشتر، پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه حداکثر 12 ویزیت طب سوزنی در 90 روز را درصورت ابتلا به کمردرد مزمن، که به‌صورت زیر تعریف می‌شود، پرداخت می‌کنیم: • 12 هفته یا بیشتر طول بکشد؛ • غیر اختصاصی (بدون علت سیستمیک قابل شناسایی، مانند عدم ارتباط با بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی)؛ • نامرتبط با عمل جراحی؛ • نامرتبط به بارداری. علاوه‌براین، درصورت مشاهده نشانه‌های بهبود در شما برای هشت جلسه اضافی طب سوزنی برای درد مزمن کمر پرداخت می‌کنیم. شما در هر سال بیش از 20 جلسه طب سوزنی برای درد مزمن کمر دریافت نمی‌کنید. درصورتی‌که بهتر نشوید یا حال شما بدتر شود، درمان‌های طب سوزنی باید متوقف شود. **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	طب سوزنی (ادامه) الزامات ارائه‌دهنده: پزشکان می‌توانند طب سوزنی را مطابق با الزامات ایالتی مربوطه ارائه دهند. دستیاران پزشک (Physician assistants ،PA)، پرستاران متخصص (Nurse Practitioners, NP)/متخصصان پرستاری بالینی (linical nurse specialists،CNS) و کارکنان کمکی می‌توانند درصورت برآورده کردن تمام الزامات ایالتی مربوطه و داشتن شرایط زیر، طب سوزنی ارائه دهند: • مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا در طب سوزنی یا طب شرقی از دانشگاهی که توسط کمیسیون اعتباربخشی طب سوزنی و طب شرقی (Acupuncture and Oriental Medicine،ACAOM) تأیید شده باشد؛ و • مجوز معتبر، کامل، فعال و بدون محدودیت برای طب سوزنی در یک ایالت، قلمرو یا ایالت مشترک‌المنافع(مثلاً Puerto Rico) ایالات متحده یا ناحیه Columbia. کارکنان کمکی که طب سوزنی انجام می‌دهند باید تحت نظارت سطح مناسبی از پزشک، PA یا NP/متخصص CNS باشند که طبق مقررات الزامی است.	$0
	مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل ما غربالگری سوء مصرف الکل و غربالگری، ارزیابی، مداخلات مختصر و ارجاع به درمان (Screening, Assessment, Brief Interventions and Referral to Treatment, SABIRT) را برای بزرگسالانی که سوء مصرف الکل دارند ولی به آن وابسته نیستند ارائه می‌دهید. این امر شامل زنان باردار می‌شود. اگر نتیجه غربالگری سوءمصرف الکل شما مثبت باشد، می‌توانید سالانه تا چهار جلسه مشاوره کوتاه و حضوری (درصورت توانایی و هوشیاری درطول مشاوره) با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) واجد شرایط یا پزشک متخصص در یک مرکز مراقبت‌های اولیه داشته باشید. درصورت نیاز پزشکی، شما به مراکز درمانی سوءمصرف الکل یا مواد مخدر ارجاع داده خواهید شد.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات آمبولانس خدمات تحت پوشش آمبولانس، چه برای شرایط اضطراری و چه غیر اضطراری، شامل زمینی و هوایی (هواپیما و بالگرد) می‌شود. آمبولانس شما را به نزدیک‌ترین مکان برای دریافت مراقبت می‌برد. وضعیت شما باید به اندازه‌ای جدی باشد که سایر راه‌های رسیدن به مراکز درمانی، سلامت یا جان شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اضطراری) باید توسط ما تأیید شود. در مواردی که اضطراری نیست، ممکن است برای خدمات آمبولانس پول پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به اندازه کافی جدی باشد که سایر راه‌های رسیدن به مکان مراقبت جان یا سلامت شما را به خطر بیندازد.	$0
	ویزیت سلامت سالانه می‌توانید یک معاینه کلی سالانه داشته باشید. این کار برای ایجاد یا به‌روزرسانی برنامه پیشگیری بر اساس عوامل خطر فعلی شما انجام می‌شود. ما هر 12 ماه برای این ویزیت پول پرداخت می‌کنیم. **توجه:** اولین ویزیت سالانه سلامت شما نمی‌تواند ظرف 12 ماه از **تاریخ ویزیت Welcome to Medicare انجام شود. بااین‌حال**، پس از 12 ماه استفاده از طرح «بخش B»، برای دریافت ویزیت‌های سالانه سلامت، نیازی به مراجعه حضوری در طرح Welcome to Medicare ندارید.	$0
	خدمات پیشگیرانه آسم شما می‌توانید آموزش‌های لازم درمورد آسم و ارزیابی محیط خانه برای عوامل محرکی را که معمولاً در خانه برای افراد مبتلا به آسم کنترل‌نشده یافت می‌شوند را دریافت کنید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات سلامت رفتاری این طرح خدمات بهداشت رفتاری لازم از نظر پزشکی را پوشش می‌دهد. این خدمات شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نمی‌شود: • خدمات بحران • درمان با شوک الکتریکی* • مراقبت‌های روانپزشکی بستری • برنامه‌های فشرده سرپایی • درمان و ارزیابی سلامت روانی • خدمات سرپایی برای پایش درمان مصرف مواد • خدمات سرپایی مصرف مواد • برنامه‌های بستری در بیمارستان جزئی • مشاوره روانپزشکی • آزمایش روانشناختی و نوروسایکولوژیک • خدمات سلامت روانی اقامتی* • تحریک مغناطیسی فراجمجمه‌ای (Transcranial Magnetic Stimulation،TMS)* برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. *ممکن است مجوز اولیه نیاز باشد و این وظیفه ارائه‌دهنده شماست.	$0
	اندازه‌گیری توده استخوانی ما هزینه برخی از اقدامات درمانی را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً افرادی که درمعرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا پوکی استخوان هستند) پرداخت می‌کنیم. این روش‌ها توده استخوانی را شناسایی می‌کنند، میزان تحلیل استخوان را پیدا می‌کنند یا کیفیت استخوان را می‌سنجند. ما هر 24 ماه یکبار برای این خدمات پول پرداخت می‌کنیم و درصورت ضرورت پزشکی بیش از یک بار این کار را انجام می‌دهیم. ما همچنین هزینه پزشکی را که این نتایج را بررسی می‌کند و درباره آن نظر می‌دهد پرداخت می‌کنیم.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	غربالگری سرطان پستان (ماموگرام) ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • ماموگرافی پایه بین سنین 35 تا 39 سال • غربالگری ماموگرام هر 12 ماه • آزمایش‌های بالینی پستان هر 24 ماه یکبار	$0
	خدمات توانبخشی قلبی* ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایط خاصی را برآورده کنند و دارای ارجاع یا دستور پزشک باشند. همچنین در صورتی که حداقل به یکی از شرایط زیر مبتلا شده باشید، این برنامه‌های جامع و فشرده را تحت پوشش قرار می‌دهیم: • حمله قلبی در 12 ماه گذشته • جراحی بای‌پاس عروق کرونر • آنژین صدری پایدار (درد قفسه سینه) • ترمیم یا تعویض دریچه قلب • آنژیوپلاستی عروق کرونر (اقدام پزشکی برای باز کردن شریان مسدودشده) یا استنت‌گذاری/فنرگذاری کرونر (اقدامی برای باز نگه داشتن شریان) • پیوند قلب یا پیوند همزمان قلب و ریه نارسایی مزمن و پایدار قلبی محدودیت‌های پوشش: شما می‌توانید تا سقف 36 جلسه توان‌بخشی قلبی دریافت کنید. می‌توانید روزانه 2 جلسه (هر جلسه به‌مدت 1 ساعت) داشته باشید و طول دوره این برنامه می‌تواند تا 36 هفته ادامه پیدا کند. در صورت داشتن شرایط لازم، ممکن است بتوانید 36 جلسه توان‌بخشی فشرده‌تر نیز دریافت کنید که قابل توزیع در یک بازه زمانی طولانی‌تر است. با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	ویزیت کاهش خطر بیماری قلبی عروقی (قلبی) (درمان بیماری قلبی) ما هزینه یک ویزیت در سال، یا بیشتر را درصورت الزام پزشکی با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما پرداخت می‌کنیم تا به کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی کمک کنیم. طی این ویزیت، پزشک شما باید: • درباره استفاده از آسپرین صحبت کند، • فشار خون شما را اندازه بگیرد **و/یا** • به شما نکاتی بگوید تا اطمینان حاصل شود درست غذا می‌خورید.	$0
	آزمایش‌های غربالگری بیماری‌های قلبی عروقی ما هر پنج سال یکبار (60 ماه) برای بررسی بیماری قلبی عروقی هزینه آزمایش خون را می‌دهیم. این آزمایش خون به بررسی نقص‌های ناشی از خطر بالای بیماری قلبی می‌پردازد.	$0
	غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • برای همه زنان: آزمایش پاپ اسمیر و معاینات لگن هر 24 ماه یک بار • برای زنانی که درمعرض خطر بالای سرطان دهانه رحم یا واژن هستند: هر 12 ماه یک بار آزمایش پاپ اسمیر • زنانی که در سه سال گذشته آزمایش پاپ اسمیر غیرطبیعی داشته‌اند و در سن باروری هستند: هر 12 ماه یک بار آزمایش پاپ اسمیر • برای زنان 30 تا 65 ساله: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ اسمیر به همراه HPV هر 5 سال یک بار	$0
	خدمات کایروپراکتیک (مهره‌ورزی)* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • تنظیمات ستون فقرات برای اصلاح راستای بدن • ما هر ماه دو (2) خدمت برای درمان ستون فقرات با دستکاری دستی و بدون مجوز اولیه را پوشش می‌دهیم. هرگونه خدمات اضافی در همان ماه نیاز به مجوز اولیه دارد.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	غربالگری سرطان رکتوم و روده بزرگ ما خدمات زیر را پرداخت/پوشش می‌دهیم: • کولونوسکوپی هیچ محدودیت سنی حداقلی یا حداکثری ندارد و برای بیماران با ریسک غیربالا، یک‌بار در هر 120 ماه (ده سال)، یا 48 ماه پس از یک سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی برای بیمارانی که ریسک بالایی برای ابتلا به سرطان کولورکتال ندارند، و برای بیماران پرخطر، یک‌بار در هر 24 ماه پس از یک کولونوسکوپی غربالگری قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرد. • کولونوگرافی توموگرافی کامپیوتری (سی‌تی اسکن روده) برای بیماران 45 ساله و بالاتر که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند، در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرد که حداقل 59 ماه از ماهی که آخرین کولونوگرافی توموگرافی کامپیوتری غربالگری انجام شده گذشته باشد، یا 47 ماه از ماهی که آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا کولونوسکوپی غربالگری انجام شده گذشته باشد. برای بیماران پرخطر ابتلا به سرطان کولورکتال، ممکن است هزینه‌ی کولونوگرافی توموگرافی کامپیوتری غربالگریِ انجام‌شده پس از گذشت حداقل 23 ماه از ماهِ انجام آخرین کولونوگرافی توموگرافی کامپیوتری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری، پرداخت شود. • سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 ساله و بالاتر. یک‌بار در هر 120 ماه برای بیماران کم‌خطر پس از انجام کولونوسکوپی غربالگری. یک‌بار در هر 48 ماه برای بیماران پرخطر از زمان آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا کولونوگرافی توموگرافی کامپیوتری. • تست‌های غربالگری خون مخفی در مدفوع برای بیماران 45 ساله و بالاتر. یک‌بار در هر 12 ماه. **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	غربالگری سرطان روده بزرگ (ادامه) • آزمایش DNA چندهدافه مدفوع برای بیماران 45 تا 85 ساله که واجد معیارهای خطر بالا نیستند: یک‌بار در هر سه سال. • آزمایش‌های زیست‌نشانگر (بیومارکر) مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 ساله که واجد معیارهای خطر بالا نیستند: یک‌بار در هر سه سال. • آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ شامل کولونوسکوپی غربالگری بعدی پس از مثبت شدن نتیجه آزمایش غربالگری سرطان روده بزرگ غیرتهاجمی مبتنی بر مدفوع تحت پوشش بیمه درمانی Medicare است. • آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ شامل سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر غربالگری برنامه‌ریزی‌شده یا کولونوسکوپی غربالگری است که شامل برداشتن بافت یا ماده دیگر یا سایر روش‌هایی است که در ارتباط با، در نتیجه و در همان مواجهه بالینی با آزمایش غربالگری انجام می‌شود.	
	خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه Community-Based Adult Services, (CBAS)* خدمات سرپایی و مبتنی بر مراکز درمانی برای مراقبت‌های پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان‌ها، مراقبت‌های شخصی، آموزش و پشتیبانی از خانواده و مراقبان، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدمات برای اعضای واجد شرایط. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0
	خدمات مددکاران سلامت جامعه بیمه Wellness Alliance Alameda، خدمات کارکنان بهداشت جامعه worker health community،(CHW) را برای اعضا، درصورت توصیه پزشک یا سایر متخصصان دارای مجوز، برای جلوگیری از بیماری، ناتوانی و سایر شرایط سلامتی - یا پیشرفت آنها - به‌منظور طولانی کردن عمر و ارتقاء سلامت جسمی و روانی، پوشش می‌دهد. CHWها با تسهیل ارتباط به موقع و کارآمد با برنامه‌ها و خدمات ضروری، از جمله مراقبت‌های اولیه، از اعضا حمایت می‌کنند و تضمین می‌کنند که هر عضو، مراقبت مناسب را در زمان مناسب و در شرایط مناسب دریافت می‌کند. خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشد **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات مددکاران سلامت جامعه (ادامه) **آموزش سلامت:** CHWها با ارائه اطلاعات و آموزش‌های متناسب با فرهنگ درمورد موضوعات سلامت جسمی و روانی، سلامت اعضا را ارتقا می‌دهند یا موانع مراقبت را برطرف می‌کنند. **پیمایش سلامت:** CHWها به اعضا در درک و پیمایش سیستم مراقبت‌های بهداشتی، بهبود دسترسی به خدمات و ارتقای مشارکت فعال در مراقبت از خود کمک می‌کنند. CHWها به اعضا کمک می‌کنند تا ثبت‌نام اولیه خود در Medi-Cal را انجام داده یا پوشش بیمه‌ای خود را حفظ نمایند. این خدمات شامل پشتیبانی در دریافت مدارک لازم برای ثبت‌نام و همچنین سایر برنامه‌های دولتی یا حمایتیِ مرتبط با ارتقای سلامت مانند CalWORKs یا CalFresh می‌شود. علاوه بر این، این امر شامل حمایت از اعضا در جهت اتصال به منابع جامعه‌محوری است که برای برطرف کردن موانع سلامتی یا نیازهای اجتماعیِ مرتبط با سلامت ضروری هستند **غربالگری و ارزیابی:** CHWها غربالگری‌ها و ارزیابی‌هایی را انجام می‌دهند که نیازی به مجوز بالینی ندارند و از اعضا در دسترسی به خدمات براساس نیازهای شناسایی‌شده حمایت می‌کنند. **حمایت و پشتیبانی فردی:** CHWها پشتیبانی فردی را برای کمک به جلوگیری از شروع یا بدتر شدن شرایط سلامتی و کاهش خطر آسیب یا خشونت ارائه می‌دهند.	$0
	خدمات دندانپزشکی* ما هزینه‌های برخی از خدمات دندان‌پزشکی را پرداخت می‌کنیم که شامل موارد زیر است (اما محدود به این موارد نیست): خدمات پیشگیرانه، خدمات ترمیمی، پروتزهای دندانی (متحرک)، پروتزهای دندانی (ثابت) و خدمات عمومی تکمیلی. آنچه تحت پوشش ما قرار ندارد، از طریق Medi-Cal Dental ارائه می‌شود که شرح آن در **بخش F2** در ادامه آمده است. ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را زمانی پرداخت می‌کنیم که آن خدمات بخش جدایی‌ناپذیر از درمان خاص بیماری اصلی فرد باشد. مثال‌ها شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب‌دیدگی، کشیدن دندان برای آماده‌سازی جهت پرتودرمانی سرطان فک، یا معاینات دهانی قبل از پیوند عضو است. **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات دندانپزشکی (ادامه) علاوه‌براین، ما رویه‌ها و خدمات اضافی دندانپزشکی را ادامه می‌دهیم. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر باشند ولی محدود به آنها نیستند: <u>خدمات پیشگیرانه</u> • آزمایش‌های دهانی ○ یک (1) بار در هر سال تقویمی <u>خدمات ترمیمی*</u> • روکش‌های دندان (کرون) ○ یک (1) عدد برای هر دندان در هر هفت (7) سال تقویمی <u>پروتزهای دندانی (متحرک)*</u> • تعویض تمامی دندان‌ها و بخش آکریل روی فریم فلزی ریخته‌گری‌شده ○ تعویض تمام دندان‌ها و بخش آکریل روی فریم فلزی. یک (1) بار در هر سه (3) سال تقویمی تحت پوشش است. • ریبیس/بازسازی پایه (دندان مصنوعی کامل و پارسیل/تکه‌ای) ○ ریبیس (تغییر و بازسازی پایه) برای دندان مصنوعی کامل یا پارسیل یک (1) بار در هر دو (2) سال تقویمی تحت پوشش قرار می‌گیرد. <u>پروتزهای دندانی (ثابت)*</u> • پل‌های دندانی (دندان جایگزین یا پونتیک و روکش‌های نگهدارنده/رتینر) ○ پروتزهای پارسیل ثابت (پل‌ها یا بریج‌ها) – یک (1) بار برای هر دندان در هر هفت (7) سال تقویمی <u>خدمات عمومی تکمیلی*</u> • مشاوره ○ یک (1) بار در هر سال تقویمی طرح ما با Liberty Dental برای ارائه مزایای دندانپزشکی شما همکاری می‌کند. برای مشاهده فهرست دقیق پوشش‌ها و یافتن دندانپزشکان عضو شبکه، می‌توانید از وب‌سایت https://findadentist.libertydentalplan.com دیدن کنید یا با شماره 1.888.704.9838 (TTY: 1.877.855.8039) تماس بگیرید. ساعات کار: 1 اکتبر تا 31 مارس: 7 روز هفته، (از 8 صبح تا 8 شب به وقت PT) 1 آوریل تا 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه (از 8 صبح تا 8 شب به وقت PT) توصیه می‌شود قبل از دریافت خدمات دندانپزشکی، با دندانپزشک تحت پوشش خود مشورت کنید تا پوشش مزایا را بررسی کنید. اگر تصمیم بگیرید از دندانپزشکی خارج از شبکه استفاده کنید، خدماتی که دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح ما نخواهد بود. با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	غربالگری افسردگی ما سالی یکبار برای غربالگری افسردگی پول می‌پردازیم. این غربالگری باید در مرکز مراقبت‌های اولیه انجام شود که بتواند درمان‌های بعدی و/یا ارجاعات را ارائه دهد.	$0
	غربالگری دیابت اگر هر یک از عوامل خطر زیر را داشته باشید، هزینه این غربالگری (شامل آزمایش گلوکز ناشتا) را پرداخت می‌کنیم: • فشار خون بالا (پرفشاری خون) • سابقه سطح غیرطبیعی کلسترول و تری‌گلیسیرید (دیس‌لیپیدمی) • چاقی • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد دیگر، مثلاً اگر اضافه وزن دارید و سابقه خانوادگی دیابت دارید، ممکن است هزینه آزمایش‌ها پوشش داده شود. شما می‌توانید هر 12 ماه پس از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت خود، حداکثر دو بار غربالگری دیابت انجام دهید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	آموزش، خدمات و لوازم خودمدیریتی دیابت* ما هزینه خدمات زیر را برای همه افراد مبتلا به دیابت (چه از انسولین استفاده کنند و چه نکنند) پرداخت می‌کنیم: • لوازم مورد نیاز برای کنترل گلوکز، ازجمله موارد زیر: ○ پایش گلوکز خون ○ نوارهای آزمایش گلوکز خون ○ دستگاه‌های لانست و لانست‌ها ○ محلول‌های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای آزمایش و پایشگرها • برای افراد دیابتی که بیماری شدید پای دیابتی دارند، ما هزینه‌های زیر را پرداخت می کنیم: ○ یک جفت کفش طبی قالب‌گیری‌شده سفارشی (شامل کفی کفش)، شامل اندازه مناسب و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، **یا** ○ یک جفت کفش طبی، شامل اندازه مناسب، و سه جفت کفی طبی در هر سال (کفی‌های طبی متحرک غیرسفارشی را که همراه چنین کفش‌هایی ارائه می‌شوند، شامل نمی‌شود) • در برخی موارد، ما برای آموزش کمک به شما در مدیریت دیابت پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.	$0
	خدمات دولا برای افراد باردار، ما هزینه نُه ویزیت با دولا درطول دوره قبل و بعد از زایمان و همچنین پشتیبانی در طول زایمان و وضع حمل را پرداخت می‌کنیم. همچنین ممکن است تا نُه زایمان اضافی نیز ارائه شود.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME) و لوازم مرتبط* برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام «(DME)به **فصل 12** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. ما موارد زیر را تحت پوشش قرار می‌دهیم: • صندلی چرخدار، شامل صندلی چرخدار الکتریکی • عصا • سیستم‌های تشک برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم مربوط به دیابت • تخت‌های بیمارستانی به دستور ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه • پمپ‌ها و میله‌های تزریق داخل وریدی ((IV • دستگاه‌های تولید گفتار • وسایل و تجهیزات تأمین اکسیژن • افشانه • واکر • عصای دسته‌دار استاندارد یا عصای چهارگوش و لوازم تعویض • کشش گردن (از بالا) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت دیالیز سایر موارد ممکن است پوشش داده شود ما هزینه تمام تجهیزات پزشکی ضروری DME را که معمولاً Medicare وMedi-Cal پرداخت می‌کنند، می‌پردازیم. اگر تأمین‌کننده ما در منطقه شما برند یا سازنده خاصی را ارائه نمی‌دهد، می‌توانید از آنها بخواهید که آیا می‌توانند آن را به‌صورت ویژه برای شما سفارش دهند. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت اورژانسی مراقبت اورژانسی منظور خدماتی است که: • توسط ارائه‌دهنده خدمات آموزش‌دیده برای ارائه خدمات اورژانسی ارائه شود، و • برای ارزیابی یا درمان یک فوریت پزشکی مورد نیاز است. فوریت پزشکی به بیماری، آسیب، درد شدید یا وضعیت پزشکی گفته می‌شود که به‌سرعت رو به وخامت می‌رود. این وضعیت آنقدر جدی است که اگر فوراً تحت مراقبت پزشکی قرار نگیرد، هر کسی با دانش متوسط در مورد سلامت و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود: • خطر جدی برای سلامت شما یا جنین‌تان؛ یا • آسیب جدی به عملکردهای بدن • اختلال عملکرد جدی هر یک از اندام‌های بدن یا • از دست دادن عضو، یا از دست دادن عملکرد عضو. • درمورد زن بارداری که درحال زایمان فعال است، هنگامی‌که: ○ قبل از زایمان، زمان کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر وجود ندارد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت یا ایمنی شما یا فرزند متولد نشده‌تان را تهدید کند. ما سالانه مبلغ $25,000 دلار به‌صورت ترکیبی برای مراقبت‌های اورژانسی در سرتاسر دنیا، مراقبت موردنیاز فوری در سرتاسر دنیا، و خدمات آمبولانس اورژانسی در سرتاسر دنیا ارائه می‌دهیم. ممکن است ملزم باشید هزینه ارائه‌دهنده را در زمان دریافت خدمات بپردازید و درخواست بازپرداخت هزینه را ارسال کنید. حداکثر مبلغ مزایای سالانه به شما بازپرداخت خواهد شد.	$0 اگر در بیمارستانی خارج از شبکه مراقبت‌های اورژانسی دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود به مراقبت‌های بستری نیاز داشته باشید، بیمارستان شما با Alameda Alliance Wellness تماس خواهد گرفت و ممکن است برای ادامه پرداخت هزینه مراقبت‌هایتان، به یکی از بیمارستان‌های شبکه منتقل شوید. شما فقط درصورتی می‌توانید برای مراقبت‌های بستری خود در بیمارستان خارج از شبکه بمانید که Alameda Alliance Wellness اقامت شما را تأیید کند.

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می‌دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده، هر ارائه‌دهنده‌ای - چه ارائه‌دهنده داخل شبکه و چه خارج از شبکه - را انتخاب کنید. این امر به معنی هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده است. ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی • آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایش‌های تشخیصی • روش‌های تنظیم خانواده (پیشگیری از بارداری داخل رحمی (Intrauterine Contraception، /(IUC دستگاه داخل رحمی (Intrauterine Device،(IUD، ایمپلنت، تزریق، قرص‌های ضدبارداری، چسب یا حلقه) **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات تنظیم خانواده (ادامه) • لوازم تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • خدمات محدود باروری مانند مشاوره و آموزش در مورد روش‌های آگاهی از باروری، و/یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربتی (STI) infections, transmitted sexually • مشاوره و آزمایش برای ویروس نقص ایمنی انسانی (Human Virus Immunodeficiency،(HIV) و سندروم نقص ایمنی اکتسابی (Acquired syndrome immunodeficiency،(AIDS) و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV • پیشگیری از بارداری دائمی (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده باید 21 سال یا بیشتر داشته باشید.) شما باید حداقل 30 روز، اما نه بیشتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی، فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را امضا کنید.) • مشاوره ژنتیکی ما همچنین برای سایر خدمات برنامه‌ریزی خانواده پول پرداخت می‌کنیم. بااین‌حال، برای خدمات زیر باید از یک ارائه‌دهنده در شبکه ارائه‌دهندگان ما استفاده کنید: • درمان بیماری‌های ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی برای باردار شدن نمی‌شود.) • درمان AIDS و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV • آزمایش ژنتیک	$0
🍎	**برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی** ما برنامه‌های زیادی ارائه می‌دهیم که بر روی شرایط خاص سلامتی تمرکز دارند. آنها عبارت‌اند از: • کلاس‌های آموزش سلامت • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • توقف استفاده از تنباکو و سیگار، و • خط تلفن ویژه پرستاری 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	برنامه‌های آموزشی سلامت و تندرستی (ادامه) **خط مشاوره پرستاری:** خط مشاوره پرستاری می‌تواند اطلاعات و مشاوره پزشکی رایگان را به‌صورت 24 ساعته و در تمام طول سال در اختیار شما قرار دهد. با خط مشاوره پرستاری به شماره رایگان 1.888.433.1876 (TTY: 711) تماس بگیرید تا: • با پرستاری صحبت کنید که به پرسش‌های پزشکی شما پاسخ می‌دهد، مشاوره مراقبتی ارائه می‌کند و به شما کمک می‌کند تا تصمیم بگیرید آیا باید فوراً به ارائه‌دهنده مراجعه کنید یا خیر • درمورد عارضه‌های پزشکی مانند دیابت یا آسم، شامل مشاوره در مورد اینکه کدام ارائه‌دهنده خدمات درمانی برای عارضه شما مناسب است صحبت کنید خط تلفنی مشاوره پرستاری نمی‌تواند درمورد نوبت‌های ملاقات درمانگاه یا تمدید نسخه‌ها به شما کمک کند. اگر در این موارد به کمک نیاز دارید، با مطب ارائه‌دهنده خود تماس بگیرید. خط مشاوره پرستاری درصورت نیاز خدمات زبانی ارائه می‌دهد. **برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی:** ما برنامه‌های زیادی برای کمک به شما در حفظ سلامت ارائه می‌دهیم. آنها عبارت‌اند از: • برگه‌ها و راهنماهای آموزش سلامت کتبی • آموزش سلامت در مورد موضوعاتی مانند: آسم، دیابت، بیماری قلبی و موارد دیگر • کلاس‌ها و برنامه‌هایی برای حمایت از یک سبک زندگی سالم، مانند تغذیه سالم، فعالیت بدنی و نحوه ترک سیگار • دستبند یا گردنبند شناسایی پزشکی برای شرایط زیر: آسم، دیابت برای دریافت اطلاعات در مورد برنامه‌هایی که ارائه می‌دهیم و درخواست دستبند یا گردنبند شناسه پزشکی، با شماره 1.510.747.4577 با ما تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات شنوایی ما هزینه آزمایش‌های شنوایی و تعادل انجام‌شده توسط ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایش‌ها به شما می‌گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. وقتی آنها را از پزشک، متخصص شنوایی‌سنجی یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط دریافت کنید، به‌عنوان مراقبت سرپایی تحت پوشش قرار می گیرند. ما برای خدمات زیر نیز پرداخت خواهیم کرد: • آزمایش‌های روتین شنوایی: یک (1) بار در هر سال • کمک هزینه سمعک: تا سقف $775 کمک هزینه سمعک (برای هر گوش) برای حداکثر دو سمعک در سال. این کمک هزینه قابل انتقال از سالی به سال دیگر نیست. شما مسئول پرداخت هر مبلغی فراتر از این مبلغ هستید. • تنظیم/ارزیابی سمعک: سالی یک (1) بار ما همچنین هزینه سمعک را درصورت تجویز توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط، از جمله موارد زیر، پرداخت می‌کنیم: • قالب‌ها، لوازم و قطعات الحاقی • تعمیرات • مجموعه اولیه باتری • شش جلسه برای آموزش، تنظیمات و نصب سمعک با همان فروشنده پس از دریافت سمعک • اجاره سمعک در دوره آزمایشی • دستگاه‌های کمک شنوایی، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی سطحی • خدمات شنوایی شناسی مرتبط با سمعک و ارزیابی پس از آن اعضا باید برای تعیین وقت ملاقات با ارائه‌دهنده خدمات درمانی طرف قرارداد، با سازمان دادرسی ملل به شماره 1.877.408.7542 (711 TTY:) تماس بگیرند. «مشاوران تجربه اعضا» از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی، 7 روز هفته، شامل تعطیلات، دردسترس هستند. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	غربالگری HIV ما هزینه آزمایش غربالگری HIV را هر 12 ماه یکبار برای افرادی که: • درخواست آزمایش غربالگری HIV کنید، **یا** • در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به عفونت HIV هستند. اگر باردار هستید، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول دوران بارداری پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه غربالگری(های) اضافی HIV را درصورت توصیه پزشک شما پرداخت می‌کنیم.	$0
	مراقبت در منزل توسط آژانس سلامت* قبل از اینکه بتوانید از خدمات درمانی در منزل استفاده کنید، پزشک باید به ما اطلاع دهد که به آنها نیاز دارید و این خدمات باید توسط یک سازمان خدمات درمانی در منزل ارائه شوند. شما باید خانه‌نشین باشید، به این معنی که ترک خانه کار سختی باشد. ما هزینه خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می‌کنیم: • خدمات پرستاری تخصصی و کمک به سلامت در منزل به‌صورت پاره‌وقت یا متناوب (برای اینکه تحت پوشش مزایای مراقبت‌های بهداشتی در منزل قرار بگیرید، خدمات پرستاری تخصصی و کمک به سلامت در منزل شما باید در مجموع کمتر از هشت ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • لوازم و تجهیزات پزشکی با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	درمان تزریقی در منزل* طرح ما هزینه درمان تزریقی در منزل را پرداخت می‌کند، که به‌صورت تزریق دارو یا مواد بیولوژیکی به داخل رگ یا استفاده زیر پوست و ارائه آن به شما در خانه تعریف می‌شود. برای انجام دادن تزریق در منزل، موارد زیر مورد نیاز است: • دارو یا ماده بیولوژیکی، مانند گلوبولین ضد ویروسی یا ایمن؛ • تجهیزاتی مانند پمپ؛ و • لوازمی مانند لوله یا کاتتر. طرح ما خدمات تزریق در منزل را پوشش می‌دهد که شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به آنها نیست: • خدمات حرفه‌ای، ازجمله خدمات پرستاری، که مطابق با طرح مراقبت شما ارائه می‌شوند؛ • آموزش و تحصیلات اعضا که قبلاً در مزایای DME لحاظ نشده است؛ • پایش از راه دور؛ و • خدمات نظارتی برای ارائه خدمات تزریق درمانی در منزل و داروهای تزریقی در منزل که توسط یک تأمین‌کننده واجد شرایط تزریق درمانی در منزل ارائه می‌شود. با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.	$0
	مراقبت بیمارستانی اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما تشخیص لاعلاجی دارید، شما حق دارید آسایشگاه را انتخاب کنید. این یعنی شما بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر زنده بمانید. شما می‌توانید از هر برنامه مراقبت‌های ویژه آسایشگاه که مورد تأیید Medicare باشد، مراقبت دریافت کنید. طرح ما باید به شما در یافتن برنامه‌های آسایشگاه سالمندان دارای مجوز Medicare در حوزه خدمات طرح، از جمله برنامه‌هایی که ما مالک، کنترل‌کننده یا دارای منافع مالی در آنها هستیم، کمک کند. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی تحت شبکه یا خارج از شبکه باشد. **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت‌های آسایشگاهی (ادامه) خدمان تحت پوشش شامل این موارد هستند: • داروهایی برای درمان علائم و درد • مراقبت کوتاه مدت موقت • مراقبت در خانه **هنگام پذیرش برای مراقبت آسایشگاهی، از حق ماندن در طرح ما برخوردار هستید.** **برای خدمات مراقبت‌های ویژه و خدماتی که تحت پوشش بخش A یا B مربوط به Medicare هستند و مربوط به بیماری لاعلاج شما می‌باشند، صورتحساب به Medicare ارسال می‌شود:** • Medicare اصلی (و نه طرح ما) هزینه خدمات آسایشگاه و هرگونه خدمات بخش A یا B مربوط به بیماری لاعلاج شما را به ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاه پرداخت خواهد کرد. در مدتی که در برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی هستید، ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاهی شما، هزینه خدماتی را که Medicare اصلی پرداخت می‌کند، از Medicare اصلی دریافت خواهد کرد. **برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند:** • طرح ما خدماتی را پوشش می‌دهد که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند. ما این خدمات را صرف‌نظر از اینکه مربوط به بیماری لاعلاج شما باشند یا نباشند، پوشش می‌دهیم. برای این خدمات هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازید. **برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Medicare بخش Dطرح ما باشند:** • داروها هرگز همزمان تحت پوشش آسایشگاه و طرح ما نیستند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. **توجه:** اگر بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید که مراقبت‌های تیمی مبتنی بر بیمار و خانواده محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می‌دهد. شما می‌توانید همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول، مراقبت‌های تسکینی نیز دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت‌های تسکینی در زیر مراجعه کنید. **توجه:** اگر به مراقبت‌های غیر از مراقبت‌های آسایشگاهی نیاز دارید، برای هماهنگی خدمات با هماهنگ‌کننده مراقبت و/یا خدمات اعضا تماس بگیرید. مراقبت‌های غیر مراقبتی، مراقبتی است که به پیش‌آگهی بیماری لاعلاج شما مربوط نمی‌شود. طرح ما خدمات مشاوره مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج (فقط یک بار) را برای عضوی که مزایای مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج را انتخاب نکرده است، پوشش می‌دهد.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
🍎	**واکسیناسیون** ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • واکسن‌های ذات‌الریه • واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، و در صورت لزوم پزشکی، واکسن‌های اضافی آنفولانزا • واکسن هپاتیت B اگر درمعرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید • واکسن کووید 19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (human papillomavirus, HPV) • واکسن‌های دیگر اگر درمعرض خطر هستید و با قوانین پوشش Medicare بخش B مطابقت دارند ما هزینه واکسن‌های دیگری را که با قوانین پوشش Medicare بخش D مطابقت دارند، پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 6** این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.	$0
	مراقبت بستری بیمارستانی* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات پزشکی ضروری را که در اینجا ذکر نشده‌اند پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت لزوم پزشکی) • وعده‌های غذایی، ازجمله رژیم‌های ویژه • خدمت پرستاری منظم • هزینه‌های بخش‌های مراقبت ویژه، مانند مراقبت‌های ویژه یا بخش‌های مراقبت‌های قلبی • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم مورد نیازپزشکی و جراحی **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود، برای دریافت مراقبت‌های بستری در بیمارستان خارج از شبکه، باید از طرح ما تأییدیه دریافت کنید.

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت بستری بیمارستانی* (ادامه) • لوازم خانگی، مانند صندلی چرخدار • خدمات اتاق عمل و ریکاوری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات بستری سوء مصرف مواد • در برخی موارد، انواع پیوندهای زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول‌های بنیادی و روده/چند احشایی. • ابزبرای برخی از پیوند اعضای اصلی بدن که نیاز به پذیرش دارند، ممکن است به «مرکز عالی» آن عضو هدایت شوید. اگر به پیوند نیاز داشته باشید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد که آیا شما کاندید مناسبی برای پیوند هستید یا خیر. ارائه‌دهندگان خدمات پیوند عضو ممکن است محلی یا خارج از منطقه تحت پوشش باشند. اگر ارائه‌دهندگان پیوند محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشند، می‌توانید خدمات پیوند خود را به‌صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند عضو را خارج از الگوی مراقبتی جامعه ما ارائه دهد و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آنجا انجام دهید، ما هزینه‌های اقامت و سفر شما و یک نفر دیگر را ترتیب می‌دهیم یا پرداخت می‌کنیم. • خون، شامل ذخیره‌سازی و تزریق • خدمات پزشکی **توجه:** برای بستری شدن، ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما باید دستوری مبنی بر پذیرش رسمی شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کند. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان «بیمار سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بستری هستید یا سرپایی، از کارکنان بیمارستان بپرسید. اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعات Medicare با عنوان « *مزایای بیمارستان Medicare*» بیابید. این برگه اطلاعاتی در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در دسترس است. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0 پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود، برای دریافت مراقبت‌های بستری در بیمارستان خارج از شبکه، باید از طرح ما تأییدیه دریافت کنید.

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی* ما هزینه خدمات مراقبت‌های سلامت روان را که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند پرداخت می‌کنیم. • اگر به خدمات بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از آن، سازمان بهداشت روان محلی کانتی، هزینه خدمات روانپزشکی بستری را که از نظر پزشکی ضروری هستند پرداخت می‌کند. مجوز مراقبت‌های فراتر از 190 روز با هماهنگی سازمان بهداشت روان کانتی مربوطه صادر می‌شود. ○ محدودیت 190 روزه شامل خدمات سلامت روان بستری ارائه شده در واحد روانپزشکی یک بیمارستان عمومی **نمی‌شود**. • اگر 65 سال یا بیشتر دارید، ما هزینه خدماتی را که در موسسه بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.	$0
	بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی skilled nursing facility, (SNF)در طول مدت بستری بدون پوشش* اگر از تمام مزایای بستری خود استفاده کرده باشید یا اگر مدت بستری معقول و/یا از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه بستری شما را پرداخت نمی‌کنیم. بااین‌حال، در شرایط خاصی که مراقبت‌های بستری تحت پوشش نیست، ممکن است هزینه خدماتی را که در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می‌کنید، پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می‌کنیم: • خدمات پزشکی • آزمایش‌های تشخیصی، مانند تست‌های آزمایشگاهی • اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ تراپی، شامل مواد و خدمات تکنسین • پانسمان‌های جراحی **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در طول بستری بدون پوشش (ادامه) • آتل، گچ و سایر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی • پروتزها و دستگاه‌های ارتز، غیر از دندانپزشکی، شامل تعویض یا تعمیر چنین دستگاه‌هایی. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: ○ یک عضو داخلی بدن (ازجمله بافت‌های مجاور)، **یا** ○ عملکرد یک عضو داخلی بدن که از کار افتاده یا دچار نقص شده است • بریس، کمربند، گردن و پابند، و پاها، بازوها و چشم‌های مصنوعی. این شامل تنظیمات، تعمیرات و تعویض‌های مورد نیاز به دلیل شکستگی، ساییدگی، گم شدن یا تغییر در وضعیت شما می‌شود. • فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0
	خدمات مرکز مراقبت میانی* مراقبت ارائه شده در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت یا خانه که خدمات اقامتی 24 ساعته ارائه می‌دهد. انواع مراکز مراقبت‌های میان‌مدت یا خانه‌ها عبارت‌اند از: • مرکز مراقبت میانی (ICF،Intermediate care facility)/ ناتوان رشدی (DD ،developmentally disabled) • مرکز مراقبت میانی (ICF،Intermediate care facility) /توانبخشی ناتوانی ذهنی (DD-H ،developmentally disabled-habilitative) • مرکز مراقبت‌های میان‌مدت/پرستاری از معلولین رشدی (ICF/ DD-N ،developmentally disabled-nursing) **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات و لوازم بیماری کلیوی* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • خدمات آموزشی بیماری‌های کلیوی برای آموزش مراقبت از کلیه و کمک به شما در تصمیم‌گیری‌های درست در مورد مراقبت از خود. شما باید بیماری مزمن کلیه مرحله چهارم داشته باشید و پزشک شما باید شما را ارجاع دهد. ما تا شش جلسه خدمات آموزشی بیماری کلیوی را پوشش دادیم. • درمان‌های دیالیز سرپایی، شامل درمان‌های دیالیز زمانی که موقتاً خارج از منطقه خدمات‌رسانی هستید، همانطور که در **فصل 3** این دفترچه *راهنمای اعضا* توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات موقتاً در دسترس نیست یا در دسترس نیست • درمان‌های دیالیز بستری در صورتی که برای مراقبت‌های ویژه در بیمارستان بستری شده باشید • آموزش خود دیالیز، شامل آموزش برای شما و هر کسی که در درمان‌های دیالیز خانگی به شما کمک می‌کند • تجهیزات و لوازم دیالیز خانگی • برخی خدمات پشتیبانی در منزل، مانند بازدیدهای ضروری توسط کارکنان آموزش‌دیده دیالیز برای بررسی دیالیز خانگی شما، کمک در مواقع اضطراری و بررسی تجهیزات دیالیز و منبع آب شما. Medicare بخش B هزینه برخی از داروهای دیالیز را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش «داروهای Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید. با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
🍎	**غربالگری سرطان ریه با توموگرافی رایانه‌ای با دوز پایین low dose computed tomography، (LDCT)** طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کند اگر شما: • 50 تا 77 سال دارید، و • یک جلسه مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک با پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات واجد شرایط داشته باشید، و • حداقل روزی یک پاکت سیگار به مدت 20 سال بدون هیچ علامت یا نشانه‌ای از سرطان ریه کشیده‌اید یا در حال حاضر سیگار می‌کشید یا در 15 سال گذشته ترک کرده‌اید پس از اولین غربالگری، طرح ما هر ساله هزینه غربالگری دیگری را با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط پرداخت می‌کند. اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی تصمیم به ارائه مشاوره غربالگری سرطان ریه و ویزیت تصمیم‌گیری مشترک برای غربالگری سرطان ریه بگیرد، این ویزیت باید معیارهای Medicare برای چنین ویزیت‌هایی را داشته باشد.	$0
🍎	**تغذیه درمانی پزشکی** این مزیت برای افرادی است که مبتلا به دیابت یا بیماری کلیه بدون دیالیز هستند. همچنین برای بعد از پیوند کلیه، درصورت توصیه ***یا*** دستور پزشک نیز مناسب است. ما هزینه سه ساعت مشاوره حضوری را درطول سال اولی که خدمات تغذیه درمانی پزشکی را تحت پوشش بیمه درمانی Medicare دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم. درصورت ضرورت پزشکی، می‌توانیم خدمات اضافی را تأیید کنیم. ما پس از آن، هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره حضوری را پرداخت می‌کنیم. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص شما تغییر کند، ممکن است بتوانید با ارجاع ***یا*** دستور پزشک، ساعات بیشتری از درمان را دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کند و درصورت نیاز به درمان در سال تقویمی بعدی، ارجاع ***یا*** دستور را هر ساله تمدید کند. درصورت ضرورت پزشکی، می‌توانیم خدمات اضافی را تأیید کنیم.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	برنامه پیشگیری از دیابت مدیکر Medicare Diabetes Prevention Program، (MDPP) طرح ما هزینه خدمات MDPP را برای افراد واجد شرایط پرداخت می‌کند. MDPP به‌گونه‌ای طراحی شده است که به شما در افزایش رفتار سالم کمک کند. آموزش‌های عملی را در موارد زیر ارائه می‌دهد: • تغییر رژیم غذایی طولانی‌مدت، و • افزایش فعالیت فیزیکی، و • راه‌هایی برای حفظ کاهش وزن و داشتن سبک زندگی سالم.	$0
	داروهای بخش B مربوط به Medicare این داروها ذیل بخش B از Medicare پوشش داده می‌شوند طرح ما برای داروهای زیر هزینه پرداخت می‌کند: • داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی‌کنید و هنگام دریافت خدمات پزشک، سرپایی بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی به شما تزریق یا داده می‌شوند • انسولین ارائه‌شده ازطریق یک وسیله پزشکی بادوام (مانند پمپ انسولین ضروری پزشکی) • سایر داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند افشانه) که طرح ما مجاز دانسته است، مصرف می‌کنید • داروی آلزایمر Leqembi® (لکانماب ژنریک) که به‌صورت داخل وریدی (IV) تجویز می‌شود. • اگر هموفیلی دارید، فاکتورهای انعقادی که به خودتان تزریق می‌کنید • داروهای پیوند عضو/سرکوب‌کننده سیستم ایمنی: درصورتی‌که Medicare هزینه پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد، Medicare هزینه درمان دارویی پیوند عضو را پوشش می‌دهد. شما باید در زمان پیوند تحت پوشش، بخش A و در زمان دریافت داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، بخش B را داشته باشید. بخش B از Medicare داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی را پوشش می‌دهد، درصورتی‌که بخش B آنها را پوشش ندهد. • داروهای پوکی استخوان که تزریق می‌شوند. اگر در خانه بستری هستید، شکستگی استخوان دارید که پزشک آن را مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی تأیید کرده است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، هزینه این داروها را پرداخت می‌کنیم. • برخی آنتی‌ژن‌ها: اگر پزشک آنتی‌ژن‌ها را تهیه کند و فردی آموزش‌دیده (که می‌تواند شما، بیمار، باشید) آنها را تحت نظارت مناسب به شما بدهد، بیمه درمانی Medicare آنها را پوشش می‌دهد. **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	داروهای بخش B از Medicare (ادامه) • برخی داروهای خوراکی ضد سرطان: بیمه درمانی Medicare برخی از داروهای خوراکی سرطان دهان را که مصرف می‌کنید، در صورتی که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد یا دارو یک پیش‌دارو (شکل خوراکی دارویی باشد که هنگام مصرف، به همان ماده مؤثر موجود در داروی تزریقی تجزیه می‌شود) باشد، پوشش می‌دهد. با عرضه داروهای جدید سرطان دهان، بخش B ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر بخش B آنها را پوشش نمی‌دهد، بخش D آنها را پوشش می‌دهد • داروهای ضد تهوع خوراکی: Medicare داروهای ضد تهوع خوراکی را که به‌عنوان بخشی از رژیم شیمی‌درمانی ضد سرطان استفاده می‌کنید، در صورتی که قبل، حین یا ظرف 48 ساعت پس از شیمی‌درمانی تجویز شوند یا به‌عنوان جایگزین درمانی کامل برای داروی ضد تهوع داخل وریدی استفاده شوند، پوشش می‌دهد. • برخی داروهای خوراکی بیماری کلیوی مرحله نهایی (End-Stage Renal Disease، (ESRDتحت پوشش بخش B از Medicare • داروهای کلسیمیمتیک (تقلیدکننده از کلسیم) و متصل‌شونده به فسفات تحت سیستم پرداخت ESRD، از جمله داروی داخل وریدی Parsabiv®و داروی خوراکی Sensipar • داروهای خاصی برای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت لزوم پزشکی) و بی‌حس‌کننده‌های موضعی • داروهای محرک خون‌سازی: بیمه درمانی Medicare، اریتروپویتین تزریقی را در صورتی که مبتلا به ESRD باشید یا برای درمان کم‌خونی ناشی از برخی بیماری‌های دیگر (مانند اپوئتین آلفا) به این دارو نیاز داشته باشید، پوشش می‌دهد. • ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان خانگی بیماری‌های نقص ایمنی اولیه • تغذیه وریدی و روده‌ای (تغذیه ازطریق لوله و تزریق داخل وریدی) **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش	مبلغ پرداختی شما
داروهای بخش B از Medicare (ادامه) ما همچنین برخی از واکسن‌ها را تحت پوشش بخش Medicare B و اکثر واکسن‌های بزرگسالان را تحت پوشش مزایای دارویی بخش D از Medicare خود قرار می‌دهیم. **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا*، مزایای دارویی ما را توضیح می‌دهد. این فصل قوانینی را که باید برای پوشش داروهای تجویزی رعایت کنید، توضیح می‌دهد. **فصل 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* ، هزینه‌هایی را که شما برای داروهای خود ازطریق طرح ما پرداخت می‌کنید، توضیح می‌دهد. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت در مرکز پرستاری* مرکز پرستاری (NF) facility, nursing مکانی است که به افرادی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، مراقبت ارائه می‌دهد. خدماتی که ما برای آنها هزینه پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر است، اما محدود به آنها نیست: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی) • وعده‌های غذایی، ازجمله رژیم‌های ویژه • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبتی شما به شما داده می‌شود. (این شامل موادی می‌شود که به‌طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند فاکتورهای لخته شدن خون.) • خون، شامل ذخیره‌سازی و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • تست‌های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می‌شوند • عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شود • خدمات پزشک/متخصص • تجهیزات پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی، ازجمله دندان مصنوعی • مزایای بینایی • آزمایش‌های شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پزشکی پا **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) شما معمولاً مراقبت‌های خود را از مراکز تحت پوشش شبکه دریافت می‌کنید. بااین‌حال، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی که در شبکه ما نیست دریافت کنید. اگر مراکز زیر مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند، می‌توانید از آنها مراقبت دریافت کنید: • مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت‌های مداوم بازنشستگی که درست قبل از بستری شدن در بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت‌های پرستاری ارائه دهد). • مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می‌کند. با ارائه دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید.* *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن بر عهده ارائه دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0
	غربالگری چاقی و درمان برای کاهش وزن اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه مشاوره برای کمک به کاهش وزن شما را پرداخت می‌کنیم. شما باید مشاوره را در یک مرکز مراقبت‌های اولیه دریافت کنید. به این ترتیب، می‌توان آن را با برنامه پیشگیری کامل خود مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود صحبت کنید.	$0
	خدمات برنامه درمان مواد افیونی Opioid treatment program،(OTP)* طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی opioid disorder, use (OUD) ازطریق OTP که شامل خدمات زیر است، پرداخت می‌کند: • فعالیت‌های مصرفی • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای مورد تأیید سازمان غذا و داروی آمریکا (Drug and Food Administration, FDA) و درصورت لزوم، مدیریت و تجویز این داروها برای شما • مشاوره مصرف مواد • درمان فردی و گروهی • آزمایش داروها یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم‌شناسی) **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	آزمایش‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات پزشکی ضروری را که در اینجا ذکر نشده‌اند پرداخت می‌کنیم: • عکس‌برداری با اشعه‌ایکس • پرتودرمانی (رادیولوژی و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مورد نیاز تکنسین • لوازم جراحی، مانند پانسمان • آتل، گچ و سایر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی • تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره‌سازی و تزریق • آزمایش‌های تشخیصی غیر آزمایشگاهی مانند سی‌تی‌اسکن (Computed Tomography، CT)، ام‌آرآی (Magnetic resonance imaging، MRI) نوار قلب (electrocardiogram، EKG) و پت‌اسکن (positron emission tomography، PET) زمانی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی برای درمان یک بیماری تجویز می‌کنند • سایر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی با ارائه دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *ممکن است نیاز به مجوز اولیه باشد و این مسئولیت برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.	$0
	مشاهده سرپایی در بیمارستان ما هزینه خدمات سرپایی مراقبت در بیمارستان را پرداخت می‌کنیم تا مشخص شود که آیا نیاز به بستری شدن دارید یا می‌توانید مرخص شوید. این خدمات باید معیارهای Medicare را برآورده کنند و منطقی و ضروری تلقی شوند. خدمات مراقبتی فقط زمانی تحت پوشش هستند که به دستور پزشک یا شخص دیگری که طبق قانون ایالتی و آیین‌نامه کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا سفارش آزمایش‌های سرپایی است، ارائه شوند. **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مشاهده سرپایی در بیمارستان (ادامه) **توجه:** مگر اینکه ارائه‌دهنده خدمات درمانی دستور کتبی مبنی بر پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان سرپایی محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که سرپایی هستید یا خیر، از کارکنان بیمارستان بپرسید. اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعات Medicare با عنوان «مزایای بیمارستان *Medicare» بیابید*. این برگه اطلاعات در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf موجود است.	$0
	خدمات بیمارستانی سرپایی* ما هزینه خدمات پزشکی ضروری را که شما در بخش سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحت دریافت می‌کنید پرداخت می‌کنیم، مانند: • خدمات در بخش اورژانس یا درمانگاه سرپایی، مانند جراحی سرپایی یا خدمات مراقبتی • آزمایش‌ها و تست‌های تشخیصی که توسط بیمارستان صورتحساب می‌شوند • مراقبت‌های سلامت روان، از جمله مراقبت در یک برنامه بستری جزئی، درصورتی‌که پزشک گواهی دهد که بدون آن، درمان بستری مورد نیاز خواهد بود • اشعه‌ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط بیمارستان صورتحساب می‌شوند • لوازم پزشکی، مانند آتل و گچ **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات سرپایی بیمارستان* (ادامه) • غربالگری‌ها و خدمات پیشگیرانه که در «نمودار مزایا» ذکر شده‌اند • داروهایی که نمی‌توانید خودتان دریافت کنید با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0
	مراقبت‌های سرپایی سلامت روان* ما هزینه خدمات سلامت روان ارائه‌شده توسط موارد زیر را پرداخت می‌کنیم: • روانپزشک یا پزشک دارای مجوز دولتی • روانشناس بالینی • مددکار بالینی • متخصص پرستاری بالینی • مشاور حرفه‌ای دارای مجوز(LPC)،counselor professional licensed • درمانگر ازدواج و خانواده دارای مجوز (family and marriage licensed therapist, LMFT) • پرستار متخصص ((NP • دستیار پزشک ((PA • هر متخصص مراقبت‌های سلامت روان دیگری که تحت پوشش Medicare باشد و طبق قوانین ایالتی مربوطه مجاز باشد ما هزینه خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می‌کنیم: • خدمات درمانگاه • درمان روزانه • خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی • بستری شدن جزئی در بیمارستان یا برنامه‌های سرپایی فشرده • ارزیابی و درمان سلامت روان فردی و گروهی • آزمایش روانشناسی* در مواردی که از نظر بالینی برای ارزیابی پیامد سلامت روان تجویز شده باشد **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت‌های سرپایی سلامت روان* (ادامه) • خدمات سرپایی به منظور نظارت بر درمان دارویی • آزمایشگاه سرپایی، داروها، لوازم و مکمل‌ها • مشاوره روانپزشکی **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0
	خدمات توانبخشی سرپایی* ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی را پرداخت می‌کنیم. شما می‌توانید خدمات توانبخشی سرپایی را از بخش‌های سرپایی بیمارستان، مطب‌های درمانی مستقل، مراکز جامع توانبخشی سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities، CORF) و سایر مراکز دریافت کنید. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0
	خدمات سرپایی اختلال مصرف مواد ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم، و شاید خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند • مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل • درمان سوءمصرف مواد • مشاوره گروهی یا فردی توسط پزشک متخصص • خدمات مربوط به الکل و/یا مواد مخدر در یک مرکز درمان سرپایی فشرده یا برنامه بستری جزئی در بیمارستان • درمان با نالترکسون (ویویترول) با رهش طولانی‌مدت	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	جراحی سرپایی* ما هزینه جراحی‌های سرپایی و خدمات در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می‌کنیم. **توجه:** اگر قرار است در بیمارستان عمل جراحی داشته باشید، باید با پزشک خود درمورد بستری شدن یا سرپایی بودن عمل مشورت کنید. مگر اینکه ارائه‌دهنده خدمات درمانی دستور بستری شدن شما را در بیمارستان صادر کند، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان سرپایی محسوب شوید. با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه *لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	اقلام بدون نسخه (Over the Counter ،OTC)) ما کمک‌هزینه‌ای معادل 110 دلار در هر دوره سه‌ماهه برای خرید اقلام مجاز بدون نسخه (OTC) ارائه می‌دهیم. دوره‌های سه‌ماهه عبارتند از: ژانویه تا مارس، آوریل تا ژوئن، ژوئیه تا سپتامبر، و اکتبر تا دسامبر. از این مزیت می‌توان برای خرید محصولات سلامت و تندرستی بدون نسخه نظیر داروهای سرفه و سرماخوردگی، ویتامین‌ها، مسکن‌ها، لوازم کمک‌های اولیه، داروهای گوارشی، محصولات مراقبت از پوست و ضدآفتاب، اقلام بهداشت دهان و دندان و موارد مشابه استفاده کرد. اعتبار این مزیت از روز نخست هر فصل فعال می‌شود. هرگونه مانده مصرف‌نشده به فصل بعد منتقل نمی‌شود و تمامی وجوه باید ظرف همان سالِ برنامه بیمه مصرف گردند. **کارت نقدی OTC:** یک کارت نقدی پیش‌پرداخت به همراه دستورالعمل‌های فعال‌سازی برای شما ارسال خواهد شد تا بتوانید اقلام مجاز بدون نسخه (OTC) را خریداری کنید. این کارت باید پیش از نخستین استفاده فعال شود. در صورت مفقودی، سرقت یا آسیب‌دیدگی کارت، بلافاصله با NationsBenefits تماس بگیرید تا درخواست کارت جایگزین ثبت کنید. **مکان و نحوه خرید:** شما می‌توانید با استفاده از کارت نقدی خود، محصولات OTC را از کاتالوگ موجود در فروشگاه‌های داروخانه‌ها و فروشگاه‌های خرده‌فروشی طرف قرارداد، به صورت آنلاین یا تلفنی خریداری کنید. • در فروشگاه: می‌توانید انواع اقلام مورد تأیید را از CVS، Safeway، Walgreens، Walmart و موارد دیگر خریداری کنید. برای پیدا کردن فروشگاه‌های نزدیک محل زندگی‌تان که در این طرح شرکت می‌کنند، به وب‌سایت www.alliancewellness.nationsbenefits.com مراجعه کنید. **این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد.**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	اقلام بدون نسخه (OTC) (ادامه) • آنلاین: برای مشاهده انواع محصولات تأیید شده، به www.alliancewellness.nationsbenefits.com مراجعه کنید. اگر این اولین بار است که سفارش آنلاین می‌دهید، باید با ثبت‌نام در پورتال Pro Benefits یا برنامه Pro Benefits یک حساب کاربری ایجاد کنید. اگر قبلاً حساب کاربری ایجاد کرده‌اید، کافی است وارد شوید، اقلام خود را انتخاب کنید و پس از آماده شدن، روی «تسویه حساب» کلیک کنید. • از طریق تلفن: برای یافتن محصولاتی که می‌خواهید سفارش دهید، به www.alliancewellness.nationsbenefits.com مراجعه کنید. برای ثبت سفارش تلفنی، لطفاً با شماره 1.877.408.7542 (TTY: 711) تماس بگیرید. مشاوران تجربه اعضا از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی، 7 روز هفته، شامل تعطیلات، دردسترس هستند. **جزئیات مهم پوشش بیمه‌ای:** • تمام محصولات موجود در فروشگاه‌های طرف قرارداد مشمول خرید با کارت شما نیستند. تنها اقلام مجازِ بدون نسخه (OTC) تحت پوشش قرار دارند. همچنین ممکن است محدودیت‌هایی در نوع و تعداد اقلام OTC تحت پوشش وجود داشته باشد. • اگر مجموع مبلغ خرید شما بیشتر از موجودی کارت باشد، مابه‌التفاوت باید از طریق روش پرداخت دیگری پرداخته شود. • در صورت انصراف یا لغو عضویت در طرح بیمه، مزایای OTC شما پایان می‌یابد و هرگونه موجودی باقی‌مانده باطل خواهد شد. • اگر به دلیل نقص فنی یا خرابی کارت قادر به استفاده از کارت نقدی خود نیستید، لطفاً با NationsBenefits تماس بگیرید. • این مزیت فاقد ارزش نقدی است و قابلیت تبدیل به پول نقد، اعتبار یا کارت هدیه را ندارد. **این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد.**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	اقلام بدون نسخه (OTC) (ادامه) طرح بیمه ما جهت ارائه مزایای OTC با NationsBenefits همکاری می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی با شماره تلفن 1.877.408.7542 (TTY: 711) تماس بگیرید یا به وب‌سایت www.alliancewellness.nationsbenefits.com مراجعه کنید. علاوه بر این، شما دارای مزایای Medi-Cal Rx OTC نیز هستید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx به نشانی www.medi-calrx.dhcs.ca.gov مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1.800.977.2273 (TTY: 711) تماس بگیرید. **مراقبت تسکینی*** مراقبت تسکینی توسط طرح ما پوشش داده می‌شود. مراقبت تسکینی برای افرادی با بیماری جدی هستند. این مراقبت، مراقبتی متمرکز بر بیمار و خانواده ارائه می‌دهد که با پیش‌بینی، پیشگیری و درمان رنج، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. مراقبت تسکینی، مراقبت در منزل نیست، بنابراین لازم نیست امید به زندگی شما شش ماه یا کمتر باشد تا واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت درمانی/عادی ارائه می‌شود. مراقبت تسکینی شامل موارد زیر است: • برنامه‌ریزی پیشرفته مراقبت • ارزیابی و مشاوره مراقبت تسکینی • یک طرح مراقبتی شامل تمام مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز، ازجمله خدمات سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی • خدمات از تیم مراقبت تعیین‌شده شما	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت تسکینی * (ادامه) • هماهنگی مراقبت • مدیریت علائم و مراقبت اگر بالای 21 سال سن دارید، ممکن است نتوانید همزمان از مراقبت‌های آسایشگاهی و مراقبت‌های تسکینی بهره‌مند شوید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و واجد شرایط مراقبت در آسایشگاه هستید، می‌توانید در هر زمانی درخواست تغییر انتخاب به مراقبت در آسایشگاه را بدهید. با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0
	خدمات بستری ناقص و خدمات سرپایی فشرده* بستری شدن جزئی در بیمارستان یک برنامه ساختار یافته از درمان فعال روانپزشکی است. این خدمات به‌صورت سرپایی در بیمارستان یا توسط یک مرکز سلامت روان جامعه ارائه می‌شود که بسیار شدیدتر از مراقبتی است که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر ازدواج و خانواده دارای مجوز ((LMFT یا مطب مشاوران حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید. می‌تواند به شما کمک کند تا از بستری شدن در بیمارستان جلوگیری کنید. خدمات سرپایی فشرده، یک برنامه ساختاریافته از درمان فعال رفتاری (روانی) است که به‌صورت خدمات سرپایی بیمارستان، مرکز سلامت روان جامعه، مرکز سلامت واجد شرایط فدرال یا درمانگاه سلامت روستایی ارائه می‌شود و از مراقبتی که در مطب پزشک، درمانگر، LMFT یا *متخصصان مشاوره دارای مجوز دریافت می‌کنید*، شدیدتر است، اما از دفاتر مشاوره جزئی بیمارستان، شدت کمتری دارد. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات پزشک/ارائه دهنده، شامل ویزیت پزشک* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا جراحی ضروری پزشکی که در مکان‌هایی مانند موارد زیر ارائه می‌شوند: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی سرپایی دارای مجوز ○ بخش سرپایی بیمارستان ○ هر مکان دیگر • مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص • معاینات اولیه شنوایی و تعادل که توسط پزشک ***یا*** متخصص مراقبت‌های اولیه شما انجام می‌شود، در صورتی که پزشک برای تشخیص نیاز شما به درمان، این معاینات را تجویز کرده باشد • برخی خدمات سلامت از راه دور، از جمله خدمات پزشک و متخصص برای درمان بیماری‌های غیر اورژانسی تحت پوشش پزشکی عمومی، پوست و سلامت روان. • شما می‌توانید این خدمات را از طریق تلفن یا ویدئو دریافت کنید. اگر تصمیم دارید یکی از این خدمات را از طریق تله‌هلث دریافت کنید، باید از ارائه‌دهنده شبکه‌ای استفاده کنید که این خدمات را از طریق تله‌هلث ارائه می‌دهد. • تلادوک ((Teladoc مشاوره پزشکی را از طریق تلفن یا ویدئو از راحتی خانه شما، 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته ارائه می‌دهد. برای درمان مشکلات پزشکی غیر اورژانسی، با شماره تلفن TELADOC (1.800.835.2362) با Teladoc تماس بگیرید. یا با تعیین وقت ملاقات ویدیویی در اپلیکیشن Teladoc با پزشک صحبت کنید. • خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت‌های ماهانه مرتبط با بیماری کلیوی مرحله نهایی ((ESRD برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی بیمارستانی یا با دسترسی بحرانی، مرکز دیالیز کلیوی یا در خانه • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکته مغزی • خدمات سلامت از راه دور برای اعضایی که اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روان همزمان دارند **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، شامل ویزیت پزشک* (ادامه) • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان. • خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط درمانگاه‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی واجد شرایط فدرال ارائه می‌شوند. • ملاقات‌های مجازی (مثلاً ازطریق تلفن یا گپ تصویری) با پزشک خود به مدت 5 تا 10 دقیقه **در صورت وجود شرایط زیر**: o شما بیمار جدید نیستید، **و** o ورود به سیستم مربوط به مراجعه به دفتر در 7 روز گذشته نباشد، **و** o ثبت‌نام منجر به مراجعه حضوری ظرف 24 ساعت یا اولین وقت ملاقات موجود نشود • ارزیابی ویدیو و/یا تصاویری که برای پزشک خود ارسال می‌کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشک شما ظرف 24 ساعت **درصورت وجود**: o شما بیمار جدید نیستید، **و** o این ارزیابی مربوط به مراجعه به مطب در 7 روز گذشته نیست، **و** o ارزیابی منجر به مراجعه به مطب ظرف 24 ساعت یا اولین قرار ملاقات موجود نشود. • مشاوره پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا پرونده سلامت الکترونیکی (اگر بیمار جدیدی نیستید) • نظر دوم توسط یکی دیگر از ارائه دهندگان خدمات درمانی شبکه قبل از عمل جراحی با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	خدمات پا پزشکی* ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • تشخیص و درمان دارویی یا جراحی آسیب‌ها و بیماری‌های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت منظم از پا برای اعضایی که بیماری‌هایی مانند دیابت، پاها را تحت تأثیر قرار می‌دهند • درمان مچ پا و تاندون‌های متصل به پا • درمان غیرجراحی عضلات و تاندون‌های پا که عملکردهای پا را کنترل می‌کنند با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. **مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0
🍎	**پیشگیری قبل از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از HIV** اگر HIV ندارید، اما پزشک یا سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی شما تشخیص می‌دهند که در معرض خطر ابتلا به HIV هستید، ما داروهای پیشگیری قبل از مواجهه prophylaxis pre-exposure، (PrEP) و خدمات مرتبط را پوشش می‌دهیم. درصورت واجدشرایط بودن، خدمات تحت پوشش عبارت‌اند از • داروهای خوراکی یا تزریقی PrEP مورد تأیید FDA، شامل هزینه تزریق دارو. • حداکثر هشت جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پایبندی به مصرف دارو) هر 12 ماه یکبار. • حداکثر هشت آزمایش غربالگری HIV هر 12ماه. • غربالگری ویروس هپاتیت B یک بار انجام می‌شود.	$0
🍎	**آزمایش‌های غربالگری سرطان پروستات** برای مردان 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک بار پرداخت می‌کنیم: • معاینه رکتوم با انگشت • آزمایش آنتی‌ژن اختصاصی پروستات (PSA Prostate Specific Antigen,)	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	دستگاه‌های پروتز و ارتز و لوازم مرتبط* دستگاه‌های پروتز جایگزین تمام یا بخشی از یک عضو یا عملکرد بدن می‌شوند. این شامل موارد زیر می‌شود ولی محدود به این موارد نمی‌شود: • آزمایش، نصب یا آموزش استفاده از دستگاه‌های پروتز و ارتز • کیسه‌های کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی • تغذیه روده‌ای و تزریقی، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و آداپتور، محلول‌ها و لوازم تزریق خودکار • ضربان‌سازها • بریس‌ها • کفش‌های مصنوعی • دست‌ها و پاهای مصنوعی • پروتزهای سینه (ازجمله سینه‌بند جراحی پس از ماستکتومی) • پروتزهایی برای جایگزینی تمام یا بخشی از قسمت‌های خارجی صورت که در اثر بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا دچار اختلال شده‌اند • کرم و پوشک بی‌اختیاری ما هزینه برخی از لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز و ارتز را پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه تعمیر یا تعویض دستگاه‌های پروتز و ارتز را پرداخت می‌کنیم. ما پس از برداشتن آب مروارید یا جراحی آب مروارید، برخی از پوشش‌ها را ارائه می‌دهیم. برای اطلاع از جزئیات بیشتر، به «مراقبت از بینایی» در ادامه این نمودار مراجعه کنید. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0
	خدمات توانبخشی ریوی* ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضایی که بیماری انسدادی مزمن ریوی disease pulmonary obstructive chronic،(COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند، پرداخت می‌کنیم. شما باید از پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی COPD برای توانبخشی ریوی ارجاع داشته باشید. با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
🍎	**غربالگری عفونت ویروس هپاتیت C** اگر پزشک مراقبت‌های اولیه یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی واجد شرایط، غربالگری هپاتیت C را تجویز کند و شما یکی از شرایط زیر را داشته باشید، ما یک نوبت غربالگری هپاتیت C را پوشش می‌دهیم: • شما درمعرض خطر بالایی هستید زیرا از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی استفاده می‌کنید یا قبلاً استفاده کرده‌اید. • قبل از سال 1992 تزریق خون داشته‌اید. • شما بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید. اگر بین سال‌های 1945 تا 1965متولد شده‌اید و در گروه پرخطر محسوب نمی‌شوید، ما هزینه یک بار غربالگری را پرداخت می‌کنیم. اگر درمعرض خطر بالایی هستید (مثلاً، از زمان آزمایش غربالگری هپاتیت C منفی قبلی خود، به استفاده از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی ادامه داده‌اید)، ما غربالگری‌های سالانه را پوشش می‌دهیم.	$0
🍎	**غربالگری و مشاوره عفونت‌های مقاربتی ((STI** ما هزینه غربالگری‌های کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برخی از افرادی که درمعرض خطر بالای ابتلا به بیماری‌های مقاربتی هستند، تحت پوشش قرار می‌گیرد. ارائه‌دهنده مراقبت های اولیه باید آزمایش ها را تجویز کند. ما این آزمایش‌ها را هر 12 ماه یک بار یا در زمان‌های مشخصی در دوران بارداری پوشش می‌دهیم. ما همچنین هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره رفتاری حضوری و فشرده در هر سال را برای بزرگسالان فعال جنسی که درمعرض خطر بالای ابتلا به بیماری‌های مقاربتی هستند، پرداخت می‌کنیم. هر جلسه می‌تواند 20 تا 30 دقیقه طول بکشد. ما هزینه این جلسات مشاوره را به‌عنوان خدمات پیشگیرانه فقط درصورتی پرداخت می‌کنیم که توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه ارائه شود. جلسات باید در مرکز مراقبت‌های اولیه، مانند مطب پزشک، برگزار شود.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت در مرکز پرستاری ماهر (SNF)* برای تعریف مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، به **فصل 12 مراجعه کنید.** ما هزینه خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که در اینجا ذکر نشده است پرداخت می‌کنیم: • یک اتاق نیمه خصوصی، یا یک اتاق خصوصی در صورت لزوم پزشکی • وعده‌های غذایی، ازجمله رژیم‌های ویژه • خدمات پرستاری ماهر • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می‌کنید، ازجمله موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل ذخیره‌سازی و تزریق • لوازم پزشکی و جراحی که توسط SNFها ارائه می‌شود • آزمایش‌های آزمایشگاهی که توسط SNFها انجام می‌شود • عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شود • وسایلی مانند صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شما معمولاً مراقبت‌های SNF را از مراکز تحت پوشش شبکه دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاص، ممکن است بتوانید مراقبت‌های خود را از مرکزی که در شبکه ما نیست، دریافت کنید. اگر مراکز زیر مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند، می‌توانید از آنها مراقبت دریافت کنید: • یک مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت‌های مداوم بازنشستگی که قبل از بستری شدن در بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که خدمات پرستاری ارائه دهد) • یک مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می‌کند با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه *لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
🍎	**توقف استفاده از تنباکو و سیگار** مشاوره ترک سیگار و دخانیات برای بیماران سرپایی و بستری که شرایط زیر را داشته باشند، تحت پوشش قرار می‌گیرد: • مصرف دخانیات، صرف نظر از اینکه علائم یا نشانه‌های بیماری‌های مرتبط با دخانیات را نشان می‌دهند یا خیر • در طول مشاوره، شایسته و هوشیار هستند • یک پزشک متخصص یا سایر متخصصان مورد تأیید Medicare مشاوره ارائه می‌دهند ما دو تلاش برای ترک اعتیاد مزمن در سال را پوشش می‌دهیم (هر تلاش می‌تواند حداکثر شامل چهار جلسه متوسط یا فشرده، تا هشت جلسه در سال باشد).	$0
	خدمات مراکز مراقبت‌های نیمه‌حاد (بزرگسال یا کودک)* طرح ما ممکن است یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت را پوشش دهد که مراقبت‌های جامعی را برای اعضای آسیب‌پذیر پزشکی که به خدمات ویژه نیاز دارند، مانند استنشاق درمانی، مراقبت از تراکئوستومی، تغذیه با لوله داخل وریدی و مراقبت‌های پیچیده مدیریت زخم، ارائه می‌دهد. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	ورزش درمانی تحت نظارت (SET), Supervised exercise therapy* ما هزینه SET را برای اعضایی که مبتلا به بیماری شریان محیطی علامت‌دار (PAD)، peripheral artery diseaseهستند و از پزشک مسئول درمان PAD برای PAD ارجاع دارند، پرداخت می‌کنیم. طرح ما برای موارد زیر می‌پردازد: • تا 36 جلسه درطول یک دوره 12هفته‌ای در صورت برآورده شدن تمام الزامات SET • 36 جلسه اضافی در طول زمان، در صورتی که توسط ارائه‌دهنده خدمات درمانی از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شود برنامه SET باید: • جلسات 30 تا 60 دقیقه‌ای برنامه تمرین درمانی برای PAD در اعضایی که به‌دلیل جریان خون ضعیف (لنگش) دچار گرفتگی پا شده‌اند • در مرکز سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک باشد • توسط کارکنان واجد شرایطی ارائه شود که اطمینان حاصل می‌کنند فواید آن بیش از مضرات آن است و در ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده‌اند • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک یا پرستار متخصص/متخصص پرستاری بالینی که در هر دو روش پایه و پیشرفته احیای قلبی ریوی آموزش دیده باشد با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. *مجوز اولیه *لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی* این مزیت امکان حمل‌ونقل پزشکی نامحدود را برای خدماتی که تحت پوشش طرح شما و Medicare هستند، فراهم می‌کند. این خدمات می‌تواند شامل موارد زیر باشد: آمبولانس، ون برانکارد، خدمات حمل‌ونقل پزشکی ون ویلچر و هماهنگی با حمل‌ونقل معلولین. شکل‌های حمل‌ونقل زمانی مجاز هستند که: • ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما تشخیص دهد که وضعیت پزشکی و/یا جسمی شما اجازه سفر با اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل‌ونقل عمومی یا خصوصی را نمی‌دهد **و** مجوز اولیه لازم است و برای هماهنگی سفر باید با طرح درمانی خود تماس بگیرید. خدمات حمل‌ونقل ازطریق ارائه‌دهنده خدمات حمل‌ونقل ما، Modivcare، ارائه می‌شود. برای درخواست خدمات حمل‌ونقل برای خدماتی که مجاز شده‌اند، حداقل سه (3) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از قرار ملاقات خود، یا در اسرع وقت در صورت داشتن یک قرار ملاقات فوری، با «خدمات حمل‌ونقل Alliance» با شماره رایگان 1.866.791.4158 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. هنگام تماس، کارت شناسایی عضویت Alameda Wellness Alliance خود را آماده داشته باشید. برای سفرهای بیش از 50 مایل، مجوز اولیه لازم است. *مجوز اولیه لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات شما است.	$0
	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل غیرپزشکی این مزیت امکان حمل‌ونقل نامحدود به مراکز درمانی با خودرو سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل‌ونقل عمومی/خصوصی را فراهم می‌کند. برای دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز تحت پوشش Medi-Cal، ازجمله مراجعه به دندانپزشک و تهیه دارو، حمل‌ونقل ضروری است. هزینه حمل‌ونقل برای خدماتی که به‌طور همزمان توسط Medi-Cal و Medicare پوشش داده می‌شوند، تحت پوشش قرار می‌گیرد. **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل غیر پزشکی (ادامه) خدمات حمل‌ونقل ازطریق ارائه‌دهنده خدمات حمل‌ونقل ما، Modivcare، ارائه می‌شود. برای درخواست خدمات حمل‌ونقل برای خدماتی که مجاز شده‌اند، حداقل سه (3) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از قرار ملاقات خود، یا در اسرع وقت در صورت داشتن یک قرار ملاقات فوری، با «خدمات حمل‌ونقل Alliance» با شماره رایگان 1.866.791.4158 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. هنگام تماس، کارت شناسایی عضویت Alameda Wellness Alliance خود را آماده داشته باشید. برای سفرهای بیش از 50 مایل، مجوز اولیه لازم است.	$0
	مراقبت‌های فوری مورد نیاز مراقبت‌های فوری مورد نیاز مراقبت‌هایی برای درمان موارد زیر هستند: • یک مورد غیر اورژانسی که نیاز به مراقبت پزشکی فوری دارد، یا • بیماری پیش‌بینی‌شده، یا • جراحت، یا • وضعیتی که به مراقبت فوری نیاز دارد. اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، ابتدا باید سعی کنید آن را از یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی عضو شبکه دریافت کنید. بااین‌حال، وقتی نمی‌توانید به یک ارائه‌دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید، زیرا با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه امکان‌پذیر یا غیرمنطقی است (به‌عنوان مثال، وقتی خارج از محدوده پوشش طرح هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک وضعیت پزشکی ناشناخته نیاز دارید، اما اورژانسی نیست). حداکثر مزایای سالانه ترکیبی $25,000 برای مراقبت‌های اورژانسی در سرتاسر دنیا، مراقبت موردنیاز فوری در سرتاسر دنیا، و خدمات آمبولانس اورژانسی در سرتاسر دنیا پوشش می‌دهیم. ممکن است ملزم باشید هزینه ارائه‌دهنده را در زمان دریافت خدمات بپردازید و درخواست بازپرداخت هزینه را ارسال کنید. حداکثر مبلغ مزایای سالانه به شما بازپرداخت خواهد شد.	$0
🍎	**مراقبت بینایی*** ما هزینه خدمات زیر را پرداخت می‌کنیم: • یک معاینه چشم روتین هر سال و **این مزیت در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	مراقبت بینایی* (ادامه) • کمک‌هزینه دوره‌ای عینک: حداکثر 150 دلار برای یک (1) جفت عینک طبی (فریم) یا لنز تماسی طبی در هر دو (2) سال. عدسی‌های استاندارد (تک‌دید، دوفوکال خطدار یا سه‌فوکال خطدار) هر دو (2) سال یک‌بار به‌طور کامل تحت پوشش قرار می‌گیرند. کمک‌هزینه عینک قابل انتقال از یک سال به سال دیگر نیست. پرداخت هرگونه مبلغ مازاد بر این سقف بر عهده شماست. طرح بیمه ما جهت ارائه پوشش معاینه دوره‌ای چشم و خدمات عینک، با برنامه خدمات بینایی (VSP) همکاری می‌کند. برای یافتن مراکز و پزشکان طرف قرارداد در شبکهٔ VSP Advantage، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با شماره 1.855.492.9028 (TTY: 711) تماس بگیرید یا به وب‌سایت www.vsp.com/advantageretail مراجعه فرمایید. چنانچه دریافت خدمات دوره‌ای مراقبت از چشم را از مراکزی خارج از شبکه VSP انتخاب کنید، خدمات دریافتی تحت پوشش طرح بیمه ما قرار نخواهد گرفت. ما هزینه خدمات غیربستری برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشمی را می‌پردازیم. برای مثال، درمان دژنراسیون ماکولای وابسته به سن. برای افرادی که درمعرض خطر بالای ابتلا به گلوکوم هستند، ما سالانه هزینه یک غربالگری گلوکوم را پرداخت می‌کنیم. افرادی که درمعرض خطر بالای ابتلا به گلوکوم هستند عبارت‌اند از: • افرادی که سابقه خانوادگی گلوکوم دارند • افراد دیابتی • آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار 50 سال به بالا • آمریکایی‌های اسپانیایی‌تبار 65 سال به بالا برای افراد مبتلا به دیابت، ما سالی یک بار هزینه غربالگری رتینوپاتی دیابتی را پرداخت می‌کنیم. ما هزینه یک عینک یا لنز تماسی را پس از هر عمل جراحی آب مروارید، زمانی که پزشک لنز داخل چشمی قرار می‌دهد، پرداخت می‌کنیم. اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید بعد از هر عمل یک عینک تهیه کنید. حتی اگر بعد از جراحی اول عینک نگرفته باشید، نمی‌توانید بعد از جراحی دوم دو عینک بگیرید. با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و معرفی‌نامه دریافت کنید. **مجوز اولیه* *لازم است و مسئولیت آن برعهده ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما است.*	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغ پرداختی شما
	ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» ما یکبار ویزیت پیشگیرانه « «Welcome to Medicareرا پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل موارد زیر است: • بازبینی سلامتی شما، • آموزش و مشاوره درمورد خدمات پیشگیرانه مورد نیاز شما (ازجمله غربالگری و تزریق) • ارجاع به سایر مراقبت‌ها درصورت نیاز به آن. **توجه:** ما ویزیت پیشگیرانه ««Welcome to Medicare را فقط در 12 ماه اولی که از Medicare بخش B استفاده می‌کنید، پوشش می‌دهیم. هنگام تعیین وقت ملاقات، به مطب پزشک خود اطلاع دهید که می‌خواهید ویزیت پیشگیرانه « Welcome to Medicare» خود را برنامه‌ریزی کنید.	$0

E. حمایت‌های محلی

شما می‌توانید تحت طرح مراقبت شخصی خود، پشتیبانی دریافت کنید. حمایت‌های اجتماعی، خدمات یا محیط‌های جایگزین از نظر پزشکی مناسب و مقرون‌به‌صرفه برای افراد تحت پوشش هستند.
برنامه ایالتی .Medi-Cal این خدمات برای اعضا اختیاری هستند. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات ممکن است به شما کمک کنند تا مستقل‌تر زندگی کنید. آنها جایگزین مزایایی نمی‌شوند که شما از قبل تحت پوشش Medi-Cal دریافت می‌کنید.

Alameda Alliance Wellness در صورت لزوم، پشتیبانی‌های اجتماعی زیر را ارائه می‌دهد:

- خدمات پیمایش انتقال مسکن - برای کمک به اعضا در یافتن مسکن.
- ودیعه مسکن – کمک به اعضا در شناسایی، هماهنگ کردن، دریافت یا تأمین بودجه خدمات یکباره و اصلاحات ضروری برای قادر ساختن اعضا برای ایجاد خانه‌ای عادی (که شامل اتاق وغذا نیست).
- خدمات اجاره‌نشینی و پایداری مسکن – کمک به اعضا در یافتن مسکن و ارائه خدمات مرتبط با اجاره و حفظ آن، با این هدف که پس از تأمین مسکن، سکونتی ایمن و پایدار برای آنان حفظ شود.
- مراقبت‌های بهبودی (استراحت پزشکی) - مراقبت‌های کوتاه‌مدت یکپارچه و بالینی برای افرادی که دیگر نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، اما هنوز نیاز به بهبودی از آسیب یا بیماری (از جمله بیماری‌های رفتاری) دارند.
- وعده‌های غذایی متناسب با شرایط پزشکی/غذاهای حمایتی پزشکی - وعده‌های غذایی/غذاهایی که می‌توانند به منزل تحویل داده شوند تا نیازهای غذایی منحصر به فرد افراد دارای شرایط حساس تغذیه‌ای را برآورده کنند.
- اصلاح آسم - اصلاحات فیزیکی در محیط خانه که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی فرد ضروری است، یا فرد را قادر به عملکرد در خانه می‌کند و بدون آن، حملات حاد آسم می‌تواند منجر به نیاز به خدمات اورژانسی و بستری شدن در بیمارستان شود.

- خدمات مراقبت موقت (مراقب) - خدماتی برای مراقبان اعضایی که در غیاب مراقب اصلی خود به مراقبت کوتاه مدت و موقت نیاز دارند.
- خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری - از اعضایی که برای فعالیت‌های روزمره زندگی (daily of activities living, ADL) مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، توالت رفتن، راه رفتن یا غذا خوردن به کمک نیاز دارند، پشتیبانی می‌کند؛ این خدمات به‌صورت کوتاه‌مدت ارائه می‌شود، زیرا افرادی که معمولاً از آنها مراقبت و/یا بر آنها نظارت می‌کنند، غایب هستند یا نیاز به کمک دارند و ماهیت غیرپزشکی دارند.
- مناسب‌سازی‌های دسترسی محیطی (اصلاحات خانه) - سازگاری‌های فیزیکی خانه برای تضمین سلامت و ایمنی فرد، یا قادر ساختن عضو به عملکرد با استقلال بیشتر در خانه.
- انتقال به مراکز نگهداری سالمندان - خدماتی برای کمک به اعضا در انتقال به محیط‌های اجتماعی، ازجمله مراکز نگهداری سالمندان، مراکز مراقبت از سالمندان و مراکز نگهداری بزرگسالان.
- خدمات انتقال به جامعه یا خانه - خدماتی برای کمک به اعضا در انتقال از یک مرکز پرستاری به یک خانه/اقامتگاه خصوصی در جامعه.
- اجاره انتقالی – ارائه کمک در پرداخت اجاره به‌مدت حداکثر شش ماه به‌صورت موقت و دائمی به اعضا.

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام پشتیبانی‌های اجتماعی ممکن است برای شما در دسترس باشد، با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. یا با ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های بهداشتی خود تماس بگیرید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما آنها از طریق خدمات پرداخت در ازای Medi-Cal دردسترس هستند.

F1. انتقال اجتماعی کالیفرنیا California Community Transitions، (CCT)

برنامه انتقال اجتماعی California (CCT) از سازمان‌های پیشرو محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal که حداقل 60 روز متوالی در یک مرکز بستری زندگی کرده‌اند، برای بازگشت به یک محیط اجتماعی و ماندن ایمن در آن استفاده می‌کند.برنامه CCT خدمات هماهنگی انتقال را درطول دوره قبل از انتقال و به‌مدت 365 روز پس از انتقال تأمین مالی می‌کند تا به ذینفعان در بازگشت به محیط اجتماعی کمک کند.

می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان پیشرو CCT که به کانتی محل زندگی شما خدمات ارائه می‌دهد، دریافت کنید. می‌توانید فهرستی از سازمان‌های پیشرو CCT و شهرستان‌هایی که به آنها خدمات ارائه می‌دهند را در وب‌سایت بخش خدمات مراقبت‌های بهداشتی به نشانی www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT پیدا کنید.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

Medi-Cal برای خدمات هماهنگی انتقال CCT پرداخت می‌کند برای این خدمات هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازید.

برای خدمات غیرمرتبط به انتقال CCT شما

ارائه‌دهنده خدمات، هزینه خدمات شما را از ما دریافت می‌کند. طرح ما هزینه خدمات ارائه‌شده پس از گذار شما را پرداخت می‌کند. برای این خدمات هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازید.

در مدتی که شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما هزینه خدماتی را که در «نمودار مزایا» در **بخش D** ذکر شده است، پرداخت می‌کنیم.

بدون تغییر در مزایای پوشش دارو

برنامه CCT شامل داروها نمی‌شود. شما همچنان از طریق طرح ما مزایای دارویی معمول خود را دریافت می‌کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت‌های انتقالی غیر CCT نیاز دارید، برای هماهنگی خدمات با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید. مراقبت‌های انتقالی غیر CCT، مراقبت‌هایی **هستند که** به انتقال شما از یک مؤسسه یا مرکز درمانی مربوط نمی‌شوند.

F2. Medi-Cal Dental

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند. اطلاعات بیشتر در وب‌سایت SmileCalifornia.org موجود است. خدمات Medi-Cal Dental شامل موارد زیر می‌شود، اما محدود به آنها نیست:

- معاینات اولیه، رادیوگرافی، تمیز کردن دندان‌ها، سیلانت و درمان‌های فلوراید
- ترمیم‌ها و روکش‌ها
- درمان کانال ریشه
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیمات، تعمیرات و بازسازی‌ها

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود در Medi-Cal Dental، یا اگر در یافتن دندانپزشکی که Medi-Cal را می‌پذیرد به کمک نیاز دارید، با خط خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8 صبح تا 5 عصر، دوشنبه تا جمعه، برای کمک به شما در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از وب‌سایت smilecalifornia.org/ دیدن کنید.

توجه: طرح ما خدمات دندانپزشکی بیشتری ارائه می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «نمودار مزایا» در **بخش D** مراجعه کنید.

F3. خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS)

- برنامه IHSS به ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی ثبت شده برای خدماتی که به شما ارائه می‌دهند کمک می کند تا بتوانید با خیال راحت در خانه خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از منزل مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز مراقبتی تلقی می‌شود.
- برای دریافت خدمات، ارزیابی‌ای انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر فرد، نوع خدمات قابل تأیید مشخص شود. خدماتی که می‌توان از طریق IHSS تأیید کرد شامل نظافت منزل، تهیه غذا، شست‌وشو، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از دفع ادرار و مدفوع، استحمام، نظافت شخصی و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در مراجعه به پزشک و نظارت حمایتی برای افراد دارای اختلالات ذهنی است.

- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما در درخواست IHSS از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتیتان کمک کند. همچنین می‌توانید با یک آژانس IHSS واقع در وب‌سایت آژانس کانتی به نشانی https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/List-of-Approved-CCAs.aspx تماس بگیرید.

F4. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه 1915(c) Home and Community Based Services, (HCBS)

معافیت از زندگی با کمک (ALW)

- معافیت از زندگی با کمک (Waiver, Living Assisted (ALW به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal این امکان را می‌دهد که به جای اقامت طولانی مدت در یک مرکز سالمندان، در یک محیط زندگی با کمک زندگی کنند. هدف ALW تسهیل بازگشت به محیط خانه و جامعه از مراکز پرستاری یا جلوگیری از پذیرش پرستاران ماهر برای افراد نیازمند به خدمات پرستاری در مراکز پرستاری است.

- اعضایی که در ALW ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند در ALW ثبت‌نام خود را حفظ کنند و درعین‌حال از مزایای ارائه شده توسط طرح ما نیز بهره‌مند شوند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت‌های ALW شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، همکاری می‌کند.

- ALW در حال حاضر فقط در شهرستان‌های زیر موجود است:Alameda، Contra Costa، Fresno، Kern، Los Angeles، Orange، Riverside، Sacramento، San Bernardino، San Diego، San Francisco، San Joaquin، San Mateo، Santa Clara، and Sonoma.

- هماهنگ کننده مراقبت شما می‌تواند در درخواست ALW به شما کمک کند. با مؤسسه محلی هماهنگی ALW (مؤسسه سالمندان) به شماره 1.415.750.4111 تماس بگیرید.

برنامه‌های معافیت HCBS برای California های دارای معلولیت رشدی (HCBS-DD)

معافیت برنامه خودکفایی Self-Determination Program, (SDP California) برای افراد با معلولیت‌های رشدی

- دو معافیت 1915((c وجود دارد، معافیت HCBS-DD و معافیت SDP، که به افرادی که دارای معلولیت رشدی تشخیص داده شده‌اند و این معلولیت قبل از تولد 18 سالگی فرد شروع می‌شود و انتظار می‌رود به طور نامحدود ادامه یابد، خدمات ارائه می‌دهند. هر دو معافیت راهی برای تأمین مالی خدمات خاصی هستند که به افراد دارای معلولیت‌های رشدی اجازه می‌دهند به جای اقامت در یک مرکز درمانی دارای مجوز، در خانه یا جامعه زندگی کنند. هزینه‌های این خدمات به‌طور مشترک توسط برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت California تأمین می‌شود. هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما در ارتباط با «خدمات معافیت DD» کمک کند.

معافیت جایگزین مبتنی بر خانه و جامعه (HCBA)

- معافیت HCBA خدمات مدیریت مراقبت را به افرادی که در معرض خطر بستری شدن در آسایشگاه یا مراکز نگهداری هستند، ارائه می‌دهد. خدمات مدیریت مراقبت توسط یک تیم مدیریت مراقبت چند رشته‌ای متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می‌شود. این تیم Plan State and Waiver (مانند خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات حمایتی در منزل و غیره) را هماهنگ می‌کند و سایر خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت موجود در جامعه محلی را ترتیب می‌دهد. خدمات مدیریت مراقبت و معافیت در محل سکونت جامعه محور

شرکت کننده ارائه می شود. این محل سکونت می‌تواند متعلق به بخش خصوصی باشد، از طریق قرارداد اجاره مستأجر تأمین شود، یا محل سکونت یکی از اعضای خانواده شرکت‌کننده باشد.

- اعضایی که در طرح معافیت HCBA ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند ضمن دریافت مزایای ارائه شده توسط طرح ما، همچنان در طرح معافیت HCBA ثبت‌نام کنند. طرح ما با آژانس معافیت HCBA شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند در درخواست برای HCBA به شما کمک کند. با آژانس محلی HCBA، مراکز استقلال سالمندان، با شماره 1.510.318.7375 تماس بگیرید.

برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP)

- برنامه معافیت مدیکال (Program Waiver Medi-Cal،(MCWP خدمات جامع مدیریت پرونده و مراقبت مستقیم را به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت در مراکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، به افراد مبتلا به HIV ارائه می‌دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی مشارکت‌محور است که شامل یک پرستار ثبت‌شده و یک مدیر پرونده مددکاری اجتماعی می‌شود. مدیران پرونده با شرکت‌کننده و ارائه‌دهنده(گان) مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقب(ان) و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را ارزیابی کنند تا شرکت‌کننده را در خانه و جامعه خود نگه دارند.
- اهداف MCWP عبارت‌اند از: (1) ارائه خدمات خانگی و مبتنی بر جامعه برای افراد مبتلا به HIV که ممکن است در غیر این صورت به خدمات سازمانی نیاز داشته باشند؛ (2) کمک به شرکت‌کنندگان در مدیریت سلامت HIV؛ (3) بهبود دسترسی به حمایت‌های سلامت اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگی ارائه‌دهندگان خدمات و حذف دوباره‌کاری در ارائه خدمات.
- اعضایی که در طرح معافیت MCWP ثبت نام کرده‌اند، می‌توانند ضمن دریافت مزایای ارائه شده توسط طرح ما، همچنان در طرح معافیت MCWP ثبت‌نام کنند. طرح ما با آژانس معافیت MCWP شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند در درخواست MCWP به شما کمک کند. با آژانس محلی MCWP تماس بگیرید: Primary Care at Home, Inc. و شماره تلفن 1.510.822.2588.

برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان(Multipurpose Senior Services Program, MSSP) خدمات مدیریت مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی را برای کمک به افراد در ماندن در خانه‌ها و جوامع خود ارائه می‌دهد.
- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان در این برنامه، خدمات حمایتی در منزل را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگی مراقبت‌های مداوم را فراهم می‌کند، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات و منابع اجتماعی مورد نیاز متصل می‌کند، با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگی می‌کند و برخی از خدمات مورد نیاز را که در غیر این صورت در دسترس نیستند، خریداری می‌کند تا از بستری شدن در مراکز نگهداری یا به تأخیر انداختن آن جلوگیری کند. کل هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاری تخصصی باشد.

- تیمی از متخصصان سلامت و خدمات اجتماعی، ارزیابی کاملی از سلامت و روان‌اجتماعی هر یک از شرکت‌کنندگان MSSP انجام می‌دهند تا خدمات مورد نیاز را تعیین کنند. سپس این تیم با شرکت‌کننده MSSP، پزشک، خانواده و دیگران برای تدوین یک طرح مراقبتی شخصی‌سازی‌شده همکاری می‌کند. این خدمات شامل موارد زیر است:
  - مدیریت مراقبت
  - مراقبت روزانه بزرگسالان
  - تعمیر/نگهداری جزئی خانه
  - خدمات تکمیلی کارهای خانه، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی
  - خدمات تسکینی
  - خدمات حمل‌ونقل
  - خدمات مشاوره‌ای و درمانی
  - خدمات وعده‌های غذایی
  - خدمات ارتباطات.
- اعضایی که در طرح معافیت MSSP ثبت‌نام کرده‌اند، می‌توانند ضمن دریافت مزایای ارائه شده توسط طرح ما، همچنان در طرح معافیت MSSP ثبت نام کنند. طرح ما با ارائه‌دهنده MSSP شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند در درخواست MSSP به شما کمک کند. با آژانس محلی MSSP، بخش سالمندان California، به شماره 1.510.238.3762 یا با شهر Fremont به شماره 1.510.574.2041 تماس بگیرید.

F5. خدمات سلامت رفتاری کانتی که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد)

شما به خدمات سلامت رفتاری که از نظر پزشکی ضروری هستند و تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند، دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و Medi-Cal مراقبت مدیریت‌شده را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد در سطح کانتی ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق سازمان‌های سلامت رفتاری کانتی در دسترس شما هستند.

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal در صورتی که معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، از طریق طرح سلامت روان کانتی (mental health plan, (MHPدر دسترس شما قرار می‌گیرد. خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal که توسط MHP کانتی شما ارائه می‌شود شامل موارد زیر است:

- خدمات سلامت روان
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه

- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت بحران
- خدمات درمانی اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمانی اقامتی در بحران
- خدمات مرکز سلامت روانپزشکی
- خدمات بیمارستانی روانپزشکی برای بیمار بستری
- مدیریت هدفمند پرونده
- خدمات پشتیبانی همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مردم‌نهاد
- خدمات رفتاری درمانی
- مراقبت پرورشی درمانی
- هماهنگی مراقبت فشرده
- خدمات خانگی فشرده
- بازگشتِ درگیر با عدالت
- درمان جامعه‌محور فعال (assertive community treatment, ACT)
- درمان جامعه‌محور فعال قضایی (forensic assertive community treatment, FACT)
- مراقبت تخصصی هماهنگ (coordinated specialty care, CSC) برای اولین بروز روان‌پریشی (first episode psychosis, FEP))
- خدمات باشگاهی
- خدمات پیشرفته کارکنان بهداشت جامعه (CHW)

خدمات دارو Medi-Cal (DMC) از طریق آژانس سلامت رفتاری کانتی شما در دسترس شما قرار می‌گیرد، در صورتی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید.

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- درمان اقامتی پیش از زایمان برای اختلال مصرف مواد
- خدمات درمانی سرپایی
- برنامه درمانی مواد مخدر
- داروهای درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو (Medication Assisted Treatment))
- خدمات پشتیبانی همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مردم‌نهاد

- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته دارو Medi-Cal شامل موارد زیر است:
- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات بستری جزئی
- داروهای درمان اعتیاد (همچنین موسوم به درمان با کمک دارو (Medication Assisted Treatment))
- خدمات درمانی اقامتی (شامل مدیریت ترک در این محیط)
- خدمات مدیریت ترک اعتیاد
- برنامه درمانی مواد مخدر
- خدمات بهبودی
- هماهنگی مراقبت
- خدمات پشتیبانی همتا
- خدمات مداخله سیار در بحران مبتنی بر جامعه
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات درمانی بستری

علاوه بر خدمات ذکرشده در بالا، اگر واجد شرایط باشید، ممکن است به خدمات بستری داوطلبانه برای ترک اعتیاد نیز دسترسی داشته باشید.

شما می‌توانید از طریق فهرست ارائه‌دهندگان Alameda Alliance Wellness در www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor یا با تماس با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) به خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد دسترسی پیدا کنید.

منابع مربوط به شرایط بحرانی به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته از طریق تماس با شماره 988 یا از طریق منابع ذکر شده در وب سایت ما به آدرس www.alamedaalliance.org/alliancewellness در دسترس هستند. خدمات بحرانی در هر زمان بدون نیاز به تماس با Alameda Alliance Wellness قابل دسترسی است. هیچ مجوز اولیه موردنیاز نیست.

Alameda Alliance Wellness هماهنگی مراقبت را برای کمک به شما در دسترسی به خدمات سلامت رفتاری ارائه می‌دهد. لطفاً برای درخواست کمک در یافتن یک ارائه دهنده خدمات سلامت رفتاری، با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید.

برای دسترسی به خدمات سلامت رفتاری نیازی به ارجاع PCP نیست و یک رویکرد «بدون در اشتباه» (No Wrong Door) وجود دارد که چندین نقطه ورود به خدمات را فراهم می‌کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

Alameda Alliance Wellness هماهنگی مراقبت و مزایا را هنگام دسترسی شما به خدمات بین Alameda Alliance Wellness و کانتی انجام خواهد داد. ممکن است لازم باشد برای برخی انواع اطلاعات، رضایت خود را جهت اشتراک‌گذاری میان Alameda Alliance Wellness و کانتی ارائه دهید.

خدمات زمانی «از نظر پزشکی ضروری» یا «دارای ضرورت پزشکی» محسوب می‌شود که برای حفاظت از زندگی، جلوگیری از بیماری یا ناتوانی جدی، یا تسکین درد شدید منطقی و لازم باشند.

Alameda Alliance Wellness و کانتی یک روند بازبینی مورد توافق متقابل را دنبال می‌کنند تا امکان حل‌وفصل به‌موقع اختلافات بالینی و اداری فراهم شود.

G. مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare یا Medi-Cal نیستند

این بخش اطلاعاتی در مورد مزایایی که توسط طرح ما حذف شده‌اند، ارائه می‌دهد. «محروم» به این معنی است که ما هزینه این مزایا را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal هم هزینه آنها را پرداخت نمی‌کنند.

فهرست زیر برخی از خدمات و اقلامی را شرح می‌دهد که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش ما نیستند و برخی دیگر را فقط در برخی موارد از پوشش خارج کرده‌ایم.

ما هزینه‌های مزایای پزشکی مستثنی‌شده که در این بخش (یا هر جای دیگر در این دفترچه *راهنمای اعضا*) ذکر شده است را پرداخت نمی‌کنیم، مگر تحت شرایط خاص ذکر شده. حتی اگر این خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح درمانی هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح ما باید هزینه خدماتی را که تحت پوشش نیست، بپردازد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* *مراجعه کنید*.

علاوه‌بر هرگونه استثنا یا محدودیت شرح داده شده در جدول مزایا، طرح ما موارد و خدمات زیر را پوشش نمی‌دهد:

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» تلقی نمی‌شوند، مگر اینکه به عنوان خدمات تحت پوشش ذکر شده باشند
- درمان‌ها، اقلام و داروهای پزشکی و جراحی تجربی، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقاتی بالینی، به **فصل 3** این دفترچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید. درمان‌ها و موارد تجربی مواردی هستند که به طور کلی توسط جامعه پزشکی پذیرفته نمی‌شوند.
- درمان جراحی برای چاقی مفرط، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد و بیمه درمانی هزینه آن را پرداخت کند
- اتاق خصوصی در بیمارستان، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد
- پرستاران وظیفه خصوصی
- وسایل شخصی موجود در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز نگهداری سالمندان، مانند تلفن یا تلویزیون
- مراقبت پرستاری تمام وقت در خانه
- هزینه‌هایی که توسط بستگان نزدیک یا اعضای خانواده شما دریافت می‌شود
- وعده‌های غذایی ارائه‌شده درب منزل شما
- رویه‌ها یا خدمات تقویت قوای جنسی اختیاری یا داوطلبانه (از جمله کاهش وزن، رشد مو، عملکرد جنسی، عملکرد ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و عملکرد ذهنی)، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد
- جراحی زیبایی یا سایر کارهای زیبایی، مگر اینکه به دلیل آسیب تصادفی یا برای بهبود بخشی از بدن که شکل مناسبی ندارد، مورد نیاز باشد. با این حال، ما هزینه بازسازی سینه پس از ماستکتومی و درمان سینه دیگر برای مطابقت با آن را پرداخت می‌کنیم.
- مراقبت‌های کایروپراکتیک، به غیر از دستکاری دستی ستون فقرات مطابق با دستورالعمل‌های پوشش

- مراقبت معمول از پا، به جز مواردی که در خدمات پاپزشکی در جدول مزایا در بخش D توضیح داده شده است
- کفش‌های ارتوپدی، مگر اینکه کفش‌ها بخشی از بریس پا باشند و در هزینه بریس گنجانده شده باشند، یا کفش‌ها برای فردی با بیماری پای دیابتی باشند
- وسایل حمایتی برای پا، به جز کفش‌های ارتوپدی یا درمانی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی
- کراتوتومی شعاعی، جراحی لیزیک و سایر وسایل کمکی برای کم بینایی
- معکوس کردن مراحل استریلیزاسیون
- خدمات طب طبیعی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)

خدماتی که به کهنه سربازان در مراکز امور کهنه سربازان (Veterans Affairs،VA) ارائه می‌شود. با این حال، هنگامی که یک کهنه سرباز خدمات اورژانسی را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و سهم هزینه VA بیشتر از سهم هزینه تحت طرح ما باشد، ما تفاوت را به جانباز بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان مسئول مبالغ تقسیم هزینه خود هستید.

فصل 5: دریافت داروهای سرپایی شما

مقدمه

این فصل قوانین دریافت داروهای سرپایی شما را توضیح می‌دهد. اینها شامل داروهایی هستند که ارائه‌دهنده شما برایتان تجویز می‌کند و از طریق داروخانه با پست دریافت می‌کنید. این داروها شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal هستند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

ما همچنین داروهای زیر را پوشش می‌دهیم، اگرچه در این فصل به آن‌ها پرداخته نشده است:

- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش A.** اینها معمولاً شامل داروهایی هستند که در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش B.** اینها شامل برخی داروهای شیمی‌درمانی، برخی تزریق‌های دارویی که هنگام مراجعه به پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر دریافت می‌کنید، و داروهایی که در کلینیک دیالیز دریافت می‌کنید، می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر درباره داروهای تحت پوشش Medicare بخش B، به جدول مزایا در **فصل 4** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر در برنامه آسایشگاه تسکینی Medicare باشید، علاوه بر پوشش دارویی Medicare بخش D و مزایای پزشکی برنامه، داروهای شما ممکن است تحت پوشش Original Medicare نیز باشند. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5، بخش F3** « در برنامه آسایشگاه تسکینی موردتأیید Medicare» مراجعه کنید.

قوانین پوشش داروهای سرپایی برنامه ما

ما معمولاً داروهای شما را پوشش می‌دهیم، به شرطی که قوانین این بخش را رعایت کنید.

شما باید از یک ارائه‌دهنده (پزشک، دندان‌پزشک یا تجویز کننده دیگر) نسخه دریافت کنید که طبق قوانین ایالتی معتبر باشد. این فرد معمولاً ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما (primary care provider, PCP) است. اگر PCPتان شما را برای دریافت خدمات مراقبتی ارجاع داده باشد، این فرد می‌تواند ارائه‌دهنده دیگری نیز باشد.

تجویزکننده شما **نباید** در فهرست‌های استثنا یا ممنوعیت Medicare یا فهرست‌های مشابه Medi-Cal قرار داشته باشد.

به طور کلی، شما باید از داروخانه‌های عضو شبکه برای گرفتن نسخه خود استفاده کنید. (برای اطلاعات بیشتر به **بخش A1** مراجعه کنید.) یا می‌توانید نسخه خود را از طریق خدمات سفارش پستی طرح ما دریافت کنید.

داروی تجویزشده شما باید در *لیست داروهای تحت پوشش* طرح ما باشد. ما آن را به اختصار *لیست داروها* می‌نامیم. (به **بخش B** از این فصل مراجعه کنید.)

- اگر این مورد در *لیست داروها* نباشد، ممکن است بتوانیم با ارائه یک استثنا، آن را پوشش دهیم.
- برای کسب اطلاعات درباره درخواست استثنا، به **فصل 9** مراجعه کنید.
- همچنین توجه داشته باشید که درخواست پوشش داروی تجویزی شما تحت هر دو استاندارد Medicare و Medi-Cal بررسی خواهد شد.

داروی شما باید برای یک مورد مصرف پذیرفته‌شده پزشکی استفاده شود. این بدان معناست که دارو توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) تأیید شده یا توسط مراجع پزشکی خاص پشتیبانی می‌شود. تجویزکننده شما ممکن است بتواند به شناسایی منابع پزشکی برای حمایت از استفاده درخواستی از داروی تجویزی، کمک کند.

پیش از آنکه ما هزینه آن را پوشش دهیم، ممکن است داروی شما بر اساس معیارهای خاصی به تأیید طرح ما نیاز داشته باشد. (به **بخش C** از این فصل مراجعه کنید.)

فهرست مطالب

A. دریافت داروهای تجویزی شما 143
A1. تأمین داروی خود در یک داروخانه عضو شبکه 143
A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام گرفتن نسخه 143
A3. اقدامات لازم در صورت تغییر داروخانه عضو شبکه 143
A4. اقدامات لازم در صورت خروج داروخانه شما از شبکه 143
A5. استفاده از داروخانه تخصصی 144
A6. استفاده از خدمات پستی برای دریافت داروها 144
A7. دریافت تأمین بلندمدت دارو 146
A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست 146
A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما 147
B. *لیست داروهای* طرح ما 148
B1. داروهای موجود در *لیست داروهای* ما 148
B2. چگونه یک دارو را در *لیست داروها* پیدا کنیم 148
B3. داروهای غیر موجود در *لیست داروهای* ما 149
B4. دسته‌های تقسیم هزینه دارو 150
C. محدودیت‌ها در مورد برخی داروها 151
D. دلایلی که ممکن است داروی شما پوشش داده نشود 153
D1. دریافت تأمین موقت 153
D2. درخواست تأمین موقت 154

D3. درخواست استثنا 154
E. تغییرات تصمیم پوششی برای داروهای شما 155
F. تصمیم پوششی دارو در موارد خاص 157
F1. در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای یک اقامت که طرح ما آن را پوشش می‌دهد 157
F2. در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت 157
F3. در یک برنامه آسایشگاه تسکینی موردتأیید Medicare 158
G. برنامه‌ها در مورد ایمنی دارو و مدیریت داروها 159
G1. برنامه‌ها برای کمک به شما در استفاده ایمن از داروها 159
G2. برنامه‌ها برای کمک به شما در مدیریت داروهایتان 159
G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروهای اوپیوئیدی 160

A. دریافت داروهای تجویزی شما

A1. تأمین داروی خود در یک داروخانه عضو شبکه

در بیشتر موارد، تنها در صورتی هزینه نسخه‌های شما را می‌پردازیم که این نسخه در هریک از داروخانه‌های عضو شبکه ما تأمین شود. یک داروخانه عضو شبکه داروخانه‌ای است که پذیرفته است نسخه‌های اعضای طرح ما را تأمین کند. شما می‌توانید از هریک از داروخانه‌های عضو شبکه ما استفاده کنید. (برای اطلاعات درباره پوشش نسخه‌های تأمین‌شده در داروخانه‌های خارج از شبکه، به **بخش A8** مراجعه کنید.)

برای یافتن داروخانه عضو شبکه، به *لیست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما دیدن کنید یا با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام گرفتن نسخه

برای گرفتن نسخه، **کارت شناسایی عضویت خود را در داروخانه عضو شبکه نشان دهید**. داروخانه عضو شبکه‌داروی تحت پوشش شما را صورتحساب می‌کند.

به یاد داشته باشید، برای دسترسی به داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx، به کارت Medi-Cal یا کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card, BIC) خود نیاز دارید.

اگر هنگام گرفتن نسخه، کارت شناسایی عضویت یا BIC همراه ندارید، از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد تا اطلاعات لازم را دریافت کند، یا می‌توانید از داروخانه بخواهید اطلاعات ثبت‌نام شما در طرح را بررسی کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است هنگام دریافت نسخه مجبور شوید کل هزینه را پرداخت کنید. سپس می‌توانید از ما بخواهید این هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. **اگر قادر به پرداخت هزینه دارو نیستید، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید.** ما تمام تلاش خود را برای کمک به شما انجام خواهیم داد.

- برای اینکه از ما درخواست کنید هزینه را به شما برگردانیم، به **فصل 7** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر برای دریافت نسخه به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A3. اقدامات لازم در صورت تغییر داروخانه عضو شبکه

اگر داروخانه خود را عوض کردید و به نسخه مجدد نیاز دارید، می‌توانید یا از یک ارائه‌کننده خود بخواهید یک نسخه جدید بنویسد یا اگر هنوز تعداد دفعات مجاز برای تجدید نسخه باقی مانده است، از داروخانه خود بخواهید نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

اگر برای تغییر داروخانه عضو شبکه به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A4. اقدامات لازم در صورت خروج داروخانه شما از شبکه

اگر داروخانه‌ای که از خدمات آن استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شد، باید یک داروخانه جدید عضو شبکه پیدا کنید.

برای یافتن یک داروخانه جدید عضو شبکه، به *لیست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما دیدن کنید یا با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی اوقات نسخه‌ها باید در یک داروخانه تخصصی تأمین شوند. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر هستند:

- داروخانه‌هایی که دارو برای تزریق وریدی در منزل عرضه می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که دارو برای ساکنین مراکز مراقبت‌های بلندمدت، مانند مرکز پرستاری تخصصی، عرضه می‌کنند.
  - معمولاً مراکز مراقبت‌های بلندمدت داروخانه‌های خود را دارند. اگر در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت ساکن هستید، ما مطمئن می‌شویم که بتوانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه آن مرکز تهیه کنید.
  - اگر داروخانه مرکز مراقبت‌های بلندمدت شما عضو شبکه ما نیست یا در تهیه داروهای خود در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت با مشکل مواجه هستید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی بومیان (Indian Health Care Provider, IHCP) اعضای سرخپوست آمریکایی و بومی آلاسکا تا زمانی که داروخانه خرده‌فروش ثبت‌شده داشته باشند، به داروخانه‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی سرخپوستان (IHCP) دسترسی دارند. اگر سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا نیستید، در صورت ارجاع به کلینیک یا برای موارد اضطراری، همچنان می‌توانید از خدمات داروخانه خرده‌فروش در IHCP استفاده کنید.
- داروخانه‌هایی که داروهایی را توزیع می‌کنند که توسط FDA به مکان‌های خاص محدود شده‌اند یا نیاز به رسیدگی ویژه، هماهنگی با ارائه‌دهنده، یا آموزش در مورد نحوه استفاده از آنها دارند. (توجه: این وضعیت به ندرت اتفاق می‌افتد.)
- برای یافتن یک داروخانه تخصصی، به *لیست ارائه‌دهندگان* و *داروخانه‌ها مراجعه کنید*، از وب‌سایت ما دیدن کنید یا با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. معمولاً داروهای موجود از طریق خدمات پستی، داروهایی هستند که شما به طور منظم برای یک بیماری مزمن یا بیماری بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق خدمات سفارش پستی طرح ما در دسترس ***نیستند***، در *لیست داروهای* ما با علامت «NM» مشخص شده‌اند.

خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می‌دهد دارو را حداقل به اندازه مصرف 30 روز و حداکثر به اندازه مصرف 90 روز سفارش دهید. مبلغ سهم بیمه‌شده برای تأمین 90 روزه با تأمین یک‌ماهه یکسان است.

تأمین نسخه‌ها از طریق پست

برای دریافت اطلاعات در مورد تأمین نسخه‌ها از طریق پست، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:

Birdi Patient Care Center
شماره رایگان: 1.855.873.8739 (TTY: 711)
دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب به وقت منطقه زمانی شرقی
شنبه‌ها، 9 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت منطقه زمانی شرقی
ایمیل: patientcare@birdirx.com

معمولاً یک نسخه سفارش پستی در عرض 14 روز به دست شما می‌رسد. اگر نسخه یک عضو تأخیر داشته باشد، داروخانه پستی بیماران را از طریق روش‌های ارتباطی صوتی (تلفن خودکار یا تماس تلفنی مستقیم) یا کتبی (ایمیل، پیامک یا نامه) از تأخیر مطلع می‌کند. در صورتی که یک بیمار در معرض خطر وقفه در مداوا قرار گیرد، داروخانه یا ارسال را بدون هزینه برای بیمار تسریع می‌بخشد یا یک مقدار مصرف کوتاه‌مدت را در یک داروخانه محلی بدون هزینه برای بیمار آماده می‌کند. اگر نسخه سفارش پستی تأخیر داشت، لطفاً با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات اعضا با شماره مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید.

فرایندهای سفارش پستی

خدمات سفارش پستی برای نسخه‌های جدیدی که از شما دریافت می‌کند، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه‌دهنده شما دریافت می‌کند، و تجدید نسخه‌های سفارش پستی شما، رویه‌های متفاوتی دارد.

1. **نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند**

   داروخانه نسخه‌های جدیدی را که از شما دریافت می‌کند، به صورت خودکار آماده کرده و تحویل می‌دهد.

2. **نسخه‌های جدیدی که داروخانه از مطب ارائه‌دهنده شما دریافت می‌کند**

   پس از اینکه داروخانه نسخه را از یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی دریافت می‌کند، با شما تماس می‌گیرد تا متوجه شود که آیا می‌خواهید دارو بلافاصله آماده شود یا بعداً.

   - این به شما فرصت می‌دهد تا مطمئن شوید داروخانه در حال تحویل داروی صحیح (از جمله دوز، مقدار و شکل) است و در صورت نیاز، به شما اجازه می‌دهد قبل از اینکه صورتحساب برای شما ارسال شود، سفارش را متوقف کنید یا به تأخیر بیندازید.
   - هربار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، پاسخ دهید تا به آن‌ها بگویید با نسخه جدید چکار کنند و از هرگونه تأخیر در ارسال جلوگیری کنید.

3. **تجدید نسخه‌های سفارش پستی**

   برای تجدید داروهای خود، این گزینه را دارید که در برنامه تجدید خودکار ثبت‌نام کنید. بر اساس این برنامه، زمانی که سوابق ما نشان می‌دهد داروی شما رو به اتمام است، به صورت خودکار روند نسخه‌پیچی مجدد دارو را برایتان شروع می‌کنیم.

   - داروخانه قبل از ارسال هربار تجدید دارو، با شما تماس می‌گیرد تا مطمئن شود به داروی بیشتری نیاز دارید یا خیر، و اگر داروی کافی دارید یا داروی شما تغییر کرده است می‌توانید تجدیدهای برنامه‌ریزی‌شده را لغو کنید.

- اگر تصمیم به استفاده از برنامه تجدید خودکار ما ندارید، 14 روز قبل از تمام شدن نسخه فعلی خود با داروخانه تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی شما به موقع برای شما ارسال می‌شود.

برای انصراف از برنامه ما که به طور خودکار تجدید نسخه‌های سفارش پستی را آماده می‌کند، از طریق شماره 1.855.873.8739 با ما تماس بگیرید تا درباره انصراف از تجدید نسخه‌های سفارش پستی با Birdi صحبت کنید.

به داروخانه بهترین راه‌های تماس با خود را اطلاع دهید تا بتوانند برای تأیید سفارش قبل از ارسال با شما ارتباط برقرار کنند.

A7. دریافت تأمین بلندمدت دارو

می‌توانید داروهای نگهدارنده را از *لیست داروهای* طرح ما برای یک دوره مصرف بلندمدت دریافت کنید. داروهای نگهدارنده داروهایی هستند که شما به صورت منظم برای یک بیماری مزمن یا یک بیماری بلندمدت مصرف می‌کنید.

برخی از داروخانه‌های عضو شبکه به شما امکان می‌دهند داروهای نگهدارنده را برای یک دوره مصرف بلندمدت دریافت کنید. مبلغ سهم بیمه‌شده برای تأمین 90 روزه با تأمین یک‌ماهه یکسان است. *لیست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* به شما می‌گوید کدام داروخانه‌ها می‌توانند داروهای نگهدارنده را برای یک دوره مصرف بلندمدت به شما بدهند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات اعضا تماس بگیرید. برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما برای تأمین بلندمدت داروهای نگهدارنده استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات سفارش پستی، به **بخش A6** مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به طور کلی، ما هزینه داروهایی را که در یک داروخانه خارج از شبکه آماده شده‌اند، تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از یک داروخانه عضو شبکه نباشید. ما در خارج از منطقه خدماتی خود داروخانه‌های عضو شبکه‌ای داریم که شما می‌توانید به عنوان عضو طرح ما نسخه‌های خود را از آنجا تهیه کنید. در این موارد، ابتدا با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا ببینید آیا داروخانه عضو شبکه‌ای در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

ما در موارد زیر هزینه نسخه‌هایی را که در یک داروخانه خارج از شبکه آماده شده‌اند، پرداخت می‌کنیم:

- اگر داروی تحت پوشش بخش D مربوط به مراقبت‌های پزشکی برای یک فوریت پزشکی باشد.
- اگر یک داروی خاص تحت پوشش بخش D (به عنوان مثال، داروی کودک یتیم یا سایر داروهای تخصصی که معمولاً مستقیماً از تولیدکنندگان یا فروشندگان ویژه ارسال می‌شوند) به طور منظم در داروخانه‌های خرده‌فروشی یا سفارش پستی در دسترس، موجود نباشد.
- اگر داروی تحت پوشش بخش D توسط یک داروخانه مستقر در یک مؤسسه طی مدتی که او بیمار بخش اورژانس، کلینیک مبتنی بر ارائه‌کننده، جراحی سرپایی، یا سایر محیط‌های سرپایی است، توزیع شود.
- شما در حال سفر هستید و دارو(های) تحت پوشش بخش D شما تمام شده یا گم شده است و نمی‌توانید به یک داروخانه عضو شبکه دسترسی پیدا کنید.

- در طول هر فاجعه فدرال یا سایر فوریت‌های بهداشت عمومی که در آن یک فرد ثبت‌نام‌شده از محل سکونت خود تخلیه یا جابجا می‌شود.

- در مواقع اضطراری که فرد ثبت‌نام‌شده قادر به استفاده از داروخانه عضو شبکه نباشد، ما هزینه یک بار تأمین 30 روزه داروهای ژنریک را پرداخت می‌کنیم. برای داروهای برند، ما هزینه یک بار تأمین 30 روزه را پرداخت خواهیم کرد.
در این موارد، ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید تا ببینید آیا داروخانه عضو شبکه‌ای در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما

اگر مجبور هستید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً باید کل هزینه را هنگام دریافت نسخه‌تان پرداخت کنید. می‌توانید از ما درخواست کنید هزینه را به شما پرداخت کنیم.

اگر کل هزینه نسخه‌ای را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد پرداخت کردید، پس از اینکه Medi-Cal Rx هزینه نسخه را پرداخت کرد، ممکن است بتوانید از داروخانه بازپرداخت دریافت کنید. همچنین، می‌توانید با ارسال درخواست «بازپرداخت هزینه پرداخت‌شده از جیب Medi-Cal (Conlan)»، از Medi-Cal Rx بخواهید هزینه را به شما پرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وبسایت Medi-Cal Rx بیابید: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این موضوع، به **فصل 7** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. *لیست داروهای* طرح ما

ما یک *لیست داروهای تحت پوشش* داریم. ما آن را به اختصار *لیست داروها* می‌نامیم.

ما داروهای موجود در *لیست داروها* را با کمک یک تیم از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. *لیست داروها* همچنین قوانین لازم برای دریافت داروها را به شما اطلاع می‌دهد.

معمولاً زمانی داروی موجود در *لیست داروهای* طرح خود را پوشش می‌دهیم که قوانین مشروح در این فصل را رعایت کنید.

B1. داروهای موجود در *لیست داروهای* ما

لیست داروهای ما شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D است.

بیشتر داروهایی که از داروخانه تهیه می‌کنید توسط طرح ما پوشش داده می‌شود. سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از وبسایت Medi-Cal Rx به آدرس (medi-calrx.dhcs.ca.gov) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شمارهٔ 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

لیست داروهای ما شامل داروهای برند، داروهای ژنریک و محصولات زیستی (که ممکن است شامل بیوسیمیلارها باشند) می‌شود.

داروی برند دارویی است که تحت نام تجاری متعلق به تولیدکننده دارو فروخته می‌شود. محصولات زیستی داروهایی هستند که از داروهای معمولی پیچیده‌تر هستند. در *لیست داروها*، زمانی که به «داروها» اشاره می‌کنیم، این می‌تواند به معنای دارو یا محصول زیستی باشد.

داروهای ژنریک دارای مواد تشکیل‌دهنده‌ای یکسان با نسخه‌های برند خود هستند. محصولات زیستی دارای جایگزین‌هایی به نام بیوسیمیلار هستند. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان اندازه داروهای برند یا محصولات زیستی اصلی مؤثر هستند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای برند، جایگزین‌های ژنریک و برای برخی محصولات زیستی اصلی، جایگزین‌های بایوسیمیلار وجود دارد. برخی بیوسیمیلارها از نوع «قابل جایگزینی» هستند و بسته به قوانین ایالتی، می‌توانند در داروخانه به جای محصول زیستی اصلی بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین شوند؛ درست همان‌طور که داروهای ژنریک به جای داروهای برند تجویز می‌شوند.

برای تعریف انواع داروهایی که ممکن است در *لیست داروها* باشند، به **فصل 12** مراجعه کنید.

Medi-Cal همچنین برخی داروها و محصولات OTC را پوشش می‌دهد. برخی از داروهای بدون OTC ارزان‌تر از داروهای تجویزی هستند و به همان اندازه مؤثر عمل می‌کنند.برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B2. چگونه یک دارو را در *لیست داروها* پیدا کنیم

برای اینکه بدانید دارویی که مصرف می‌کنید در *لیست داروها* هست یا نه، می‌توانید:

- به وب‌سایت طرح ما به نشانی www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید. *لیست داروهای* موجود در وب‌سایت ما همیشه به‌روزترین نسخه است.

- با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطمئن شوید داروی مورد نظرتان در *لیست داروها* وجود دارد یا نه، یا نسخه‌ای از لیست را درصورت نیاز درخواست کنید.
- داروهایی که تحت بخش D پوشش داده نمی‌شوند ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.
- از «ابزار مزایای لحظه‌ای» ما در www.alamedaalliance.org/alliancewellness برای جستجوی داروها در *لیست داروها* استفاده کنید تا برآوردی از آنچه پرداخت خواهید کرد به دست آورید و ببینید آیا داروهای جایگزین دیگری در *لیست داروها* وجود دارد که بتواند همان بیماری را مداوا کند. همچنین می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات اعضا تماس بگیرید.

B3. داروهای غیر موجود در *لیست داروهای* ما

این‌طور نیست که ما همه داروها را پوشش دهیم.

- برخی از موارد در *لیست داروهای* ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه نمی‌دهد آن داروها را پوشش دهیم.
- در موارد دیگر، ما تصمیم گرفتیم که یک دارو را در *لیست داروهای* خود قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را تهیه کنید که در لیست داروهای ما نیست. برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید.

طرح ما هزینه انواع داروهای موصوف در این بخش را پرداخت نمی‌کند. این‌ها **داروهای مستثنی** نامیده می‌شوند. اگر نسخه‌ای برای یک داروی مستثنی دریافت کنید، ممکن است لازم باشد خودتان هزینه آن را بپردازید. اگر فکر می‌کنید به دلیل شرایط پرونده‌تان ما باید هزینه یک داروی مستثنی را بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظرها، به **فصل 9** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در اینجا سه قانون کلی برای داروهای مستثنی آورده شده است:

1. پوشش داروی سرپایی طرح ما (که شامل Medicare بخش D است) نمی‌تواند هزینه دارویی را که Medicare بخش A یا Medicare بخش B هم‌اکنون پوشش می‌دهد، بپردازد. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها به عنوان بخشی از مزایای داروی سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. طرح ما نمی‌تواند دارویی را که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریداری شده است پوشش دهد.
3. استفاده از دارو باید توسط FDA تأیید شده باشد یا توسط منابع پزشکی خاصی به عنوان مداوا برای بیماری شما تأیید شود. پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات به شما ممکن است یک داروی خاص را برای مداوای بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای مداوای آن بیماری تأیید نشده باشد. این مورد «استفاده خارج از برچسب» نامیده می‌شود. طرح ما معمولاً داروهایی را که برای استفاده خارج از برچسب تجویز می‌شوند پوشش نمی‌دهد.

همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند انواع داروهای مندرج در فهرست زیر را پوشش دهند.

- داروهای مورد استفاده برای افزایش باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی*
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا تقویت رشد مو
- ویتامین‌ها و محصولات معدنی تجویزی، به جز ویتامین‌های دوران بارداری و فرآورده‌های فلوراید*
- داروهای مورد استفاده برای مداوای اختلال عملکرد جنسی یا نعوظ
- داروهای مورد استفاده برای مداوای بی‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن*
- داروهای سرپایی ساخت شرکتی که می‌گوید باید آزمایش‌ها یا خدمات تنها توسط آن‌ها انجام شود

*برخی از این محصولات ممکن است تحت Medi-Cal پوشش داده شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت Medi-Cal Rx (به آدرس www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.

B4. دسته‌های تقسیم هزینه دارو

تک‌تک داروهای موجود در فهرست دارویی ما در یک (1) دسته قرار دارد. دسته به گروهی از داروها گفته می‌شود که معمولاً نوع یکسانی دارند) برای مثال، داروهای برند، عمومی یا .(OTC به طور کلی، هرچه دسته تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم پرداختی شما برای دارو بیشتر است.

دسته 1 شامل داروهای تحت پوشش بخش D (عمومی و برند/تمام داروهای دیگر) است.

برای اطلاع از اینکه داروهای شما در کدام دسته تقسیم هزینه قرار دارد، دارو را در فهرست دارویی پیدا کنید.

در **فصل 6** این کتابچه راهنمای اعضا به شما اطلاع داده می‌شود برای هر دسته دارویی باید چه مبلغی بپردازید.

C. محدودیت‌ها در مورد برخی داروها

برای برخی داروها، قوانین ویژه‌ای نحوه و زمان پوشش آنها را محدود می‌کند. به طور کلی، قوانین ما شما را تشویق می‌کنند دارویی را دریافت کنید که برای وضعیت پزشکی شما مؤثر، ایمن و کارآمد باشد. وقتی یک داروی ایمن و کم‌هزینه به همان خوبی یک داروی گران‌تر عمل کند، ما انتظار داریم ارائه‌دهنده شما داروی کم‌هزینه‌تر را تجویز کند.

توجه داشته باشید که گاهی یک دارو ممکن است چند بار در *لیست داروهای* ما ظاهر شود. این به این دلیل است که همان دارو بسته به دوز، مقدار یا شکل دارو که توسط ارائه‌دهنده تجویز شده، متفاوت است و ممکن است محدودیت‌های گوناگونی برای نسخه‌های مختلف اعمال شود (برای مثال 10 میلی‌گرم در مقابل 100 میلی‌گرم؛ یک بار در روز در مقابل دو بار در روز؛ قرص در مقابل شربت).

اگر برای داروی شما قانون ویژه‌ای وجود داشته باشد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه‌دهنده شما باید اقدامات اضافه‌تری انجام دهید تا ما هزینه دارو را پوشش دهیم. برای مثال، ممکن است ارائه‌دهنده‌تان مجبور باشد ابتدا تشخیص شما یا نتایج آزمایش خونتان را به ما ارائه کند. اگر شما یا ارائه‌دهنده شما فکر می‌کنید که قانون ما نباید در مورد شرایط شما اعمال شود، از ما بخواهید از فرایند تصمیم پوششی برای اعمال یک استثنا استفاده کنیم. ممکن است ما موافقت کنیم یا نکنیم که بدون انجام مراحل اضافی از دارو استفاده کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناها، به **فصل 9** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

1. محدود کردن استفاده از داروی برند یا محصولات زیستی اصلی زمانی که نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی در دسترس است

به طور کلی، یک داروی عمومی یا بیوسیمیلارِ قابل جایگزینی همانند یک داروی برند یا محصول زیستی اصلی عمل می‌کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. اگر یک نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی از یک داروی برند یا محصول زیستی اصلی در دسترس باشد، داروخانه‌های عضو شبکه ما داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی را به شما می‌دهند.

- ما معمولاً هزینه داروی برند یا محصول زیستی اصلی را زمانی که یک نسخه ژنریک در دسترس است، پرداخت نمی‌کنیم.
- با این حال، اگر ارائه‌کننده شما دلیل پزشکی را به ما بگوید که چرا آن داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل جایگزینی برای شما مؤثر نخواهد بود، در این صورت ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.

2. دریافت تأییدیه قبلی از طرح

برای برخی از داروها، شما یا تجویزکننده شما باید قبل از آماده کردن نسخه خود، از طرح ما تأییدیه بگیرید. به این امر «اجازه قبلی» گفته می‌شود. این کار برای اطمینان از ایمنی دارو و کمک به استفاده مناسب از برخی داروها انجام می‌شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما هزینه خدمات را پوشش ندهیم. برای اطلاعات بیشتر درباره اجازه قبلی، با خدمات اعضا به شماره‌ای که پایین صفحه یا در وب‌سایت ما به آدرس www.alamedaalliance.org/alliancewellness آمده است تماس بگیرید.

3. امتحان کردن دارویی دیگر در وهله اول

به طور کلی، ما می‌خواهیم شما ابتدا داروهای کم‌هزینه‌ای را که به همان اندازه مؤثر هستند امتحان کنید، پیش از اینکه داروهایی را که هزینه بیشتری دارند پوشش دهیم. به عنوان مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه پزشکی یکسان را مداوا می‌کنند و داروی A هزینه کمتری نسبت به داروی B دارد، ممکن است از شما بخواهیم که ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر **نبود**، آنگاه ما داروی B را پوشش می‌دهیم. این درمان گام به گام نامیده می‌شود. برای اطلاعات بیشتر درباره اجازه قبلی، با خدمات اعضا به شماره‌ای که پایین صفحه یا در وب‌سایت ما به آدرس www.alamedaalliance.org/alliancewellness آمده است تماس بگیرید.

4. سقف مقدار

برای برخی از داروها، مقدار دارویی را که می‌توانید داشته باشید، محدود می‌کنیم. این شرایط «سقف مقدار» نامیده می‌شود. برای مثال، اگر معمولاً مصرف یک قرص در روز برای یک داروی خاص ایمن تلقی شود، ممکن است محدود کنیم که هر بار چقدر از آن دارو می‌توانید دریافت کنید.

برای اینکه بفهمید آیا هر یک از قوانین بالا در مورد دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید اعمال می‌شود یا خیر، *لیست داروهای* ما را بررسی کنید. برای مشاهده به‌روزترین اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وبسایت ما به آدرس www.alamedaalliance.org/alliancewellness سر بزنید. اگر با تصمیم پوششی ما بر اساس هر یک از دلایل بالا مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً به **فصل 9** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

D. دلایلی که ممکن است داروی شما پوشش داده نشود

ما تلاش می‌کنیم تا پوشش داروی شما برایتان مناسب باشد، اما گاهی اوقات یک دارو ممکن است به روشی که شما می‌خواهید، پوشش داده نشود. مثلاً:

- طرح ما دارویی که می‌خواهید مصرف کنید را پوشش نمی‌دهد. ممکن است دارو در *لیست داروهای* ما نباشد. ممکن است نسخه ژنریک دارو را پوشش دهیم اما نسخه برند که می‌خواهید مصرف کنید را خیر. ممکن است دارو جدید باشد و ما هنوز ایمنی و اثربخشی آن را بررسی نکرده باشیم.
- طرح ما دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی برای پوشش وجود دارد. همانطور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا تجویزکننده شما ممکن است بخواهید از ما درخواست استثنا کنید.

اگر دارویی را به روشی که می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم، اقداماتی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت تأمین موقت

در برخی موارد، زمانی که دارو در *لیست داروهای* ما نیست یا به نحوی محدود شده است، می‌توانیم دارو را با تأمین موقت به شما بدهیم. این به شما زمان می‌دهد تا با ارائه‌کننده خود در مورد دریافت داروی متفاوت صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را پوشش دهیم.

برای دریافت تأمین موقت یک دارو، باید دو قانون زیر را رعایت کنید:

1. دارویی که مصرف می‌کرده‌اید:
   - دیگر در *لیست داروهای*ما نیست **یا**
   - هرگز در *لیست داروهای* ما نبوده **یا**
   - اکنون به نحوی محدود شده است.
2. شما باید در یکی از این شرایط باشید:
   - شما سال گذشته در طرح ما بوده‌اید.
   - ما یک تأمین موقت از داروی شما را **در طول 90 روز اول سال تقویمی** پوشش می‌دهیم.
   - این تأمین موقت حداکثر برای 30 روز است.
   - اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، چند بار تجدید نسخه مجاز است تا اینکه دارو برای حداکثر 30 روز تأمین شود. شما باید نسخه را در یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.
   - داروخانه‌های مراقبت‌های بلندمدت ممکن است داروی شما را به مقدار کم در هر بار تأمین کنند تا از هدر رفتن جلوگیری شود.

- شما عضو جدیدی در طرح ما هستید.
  - ما یک تأمین موقت از داروی شما را **در طول 90 روز اول عضویت شما در طرحمان** پوشش می‌دهیم.
  - این تأمین موقت حداکثر برای 30 روز است.
  - اگر نسخه شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، چند بار تجدید نسخه مجاز است تا اینکه دارو برای حداکثر 30 روز تأمین شود. شما باید نسخه را در یک داروخانه عضو شبکه دریافت کنید.
  - داروخانه‌های مراقبت‌های بلندمدت ممکن است داروی شما را به مقدار کم در هر بار تأمین کنند تا از هدر رفتن جلوگیری شود.
- شما بیش از 90 روز در طرح ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی می‌کنید و نیاز فوری به تأمین دارو دارید.
  - ما تأمین دارو را برای یک دوره 31 روزه یا کمتر (اگر نسخه شما برای روزهای کمتری باشد) تحت پوشش قرار می‌دهیم. این علاوه بر تأمین موقت است که در بالا ذکر شد.
  - ممکن است تغییر در سطح مراقبت دریافتی را تجربه کنید و/یا ملزم باشید از یک مرکز یا مکان درمان به مرکز یا مکان دیگری منتقل شوید. در صورت تجربه کردن تغییر در سطح مراقبت، ما تأمین موقت 30 روزه را پوشش خواهیم داد (مگر اینکه نسخه‌ای برای تعداد روزهای کمتر داشته باشید).

D2. درخواست تأمین موقت

برای درخواست تأمین موقت یک دارو، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

هنگامی که تأمین موقت یک دارو را دریافت می‌کنید، در اسرع وقت با ارائه‌کننده خود صحبت کنید تا در مورد کاری که باید هنگام اتمام تأمین خود انجام دهید، تصمیم بگیرید. گزینه‌های شما عبارتند از:

- تغییر به یک داروی دیگر.

  طرح ما ممکن است یک داروی متفاوت را که برای شما مؤثر است، پوشش دهد. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا لیستی از داروهایی که ما پوشش می‌دهیم و همان بیماری پزشکی را مداوا می‌کنند، درخواست کنید. این لیست می‌تواند به ارائه‌کننده شما کمک کند تا یک داروی تحت پوشش را که ممکن است برای شما مؤثر باشد، پیدا کند.

یا

- درخواست استثنا.

  شما و ارائه‌کننده‌تان می‌توانید از ما بخواهید یک استثنا قائل شویم. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را پوشش دهیم که در *لیست داروهای* ما نیست یا از ما بخواهید دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌کننده شما بگوید که شما دلیل پزشکی خوبی برای بهره‌مندی از استثنا دارید، می‌تواند به شما در درخواست آن کمک کند.

D3. درخواست استثنا

اگر دارویی که مصرف می‌کنید در سال آینده از فهرست داروهای ما حذف شود یا به هر نحوی محدود گردد، این امکان برای شما وجود دارد پیش از آغاز سال جدید درخواست استثنا دهید.

- ما هرگونه تغییر در پوشش دارویی شما برای سال آینده را به شما اطلاع می‌دهید. می‌توانید از ما بخواهید با ایجاد استثنا، داروی شما را برای سال آینده طبق نظر و تمایل شما تحت پوشش قرار دهیم.
- ظرف 72 ساعت از دریافت درخواست شما (یا گواهی توجیهی پزشک معالجتان)، به درخواست استثنا پاسخ خواهیم داد.
- در صورت موافقت با درخواست شما، مجوز پوشش دارویی پیش از اعمال و اجرایی شدن تغییرات صادر خواهد شد.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت درخواست استثنا، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. اگر برای درخواست استثنا به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

E. تغییرات تصمیم پوششی برای داروهای شما

بیشتر تغییرات در تصمیم پوششی دارو در تاریخ 1 ژانویه رخ می‌دهد، اما ممکن است داروهایی را در طول سال به *لیست داروهای* خود اضافه یا از آن حذف کنیم. ما همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. به عنوان مثال، ممکن است:

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو اجازه قبلی را الزامی کنیم یا نکنیم (اجازه قبلی از ما برای اینکه بتوانید یک دارو را دریافت کنید).
- مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید (سقف مقدار) افزایش یا تغییر دهیم.
- محدودیت‌های درمان گام به گام را برای یک دارو افزایش یا تغییر دهیم (شما باید یک دارو را امتحان کنید قبل از اینکه ما داروی دیگری را پوشش دهیم).
- یک محصول زیستی اصلی را با نسخه بیوسیمیلار قابل جایگزینی آن جایگزین کنیم.

ما باید قبل از تغییر *لیست داروهای* طرحمان، از الزامات Medicare پیروی کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به **بخش C** مراجعه کنید.

اگر دارویی را مصرف می‌کنید که ما در **ابتدای** سال پوشش داده‌ایم، ما عموماً تصمیم پوششی آن دارو را **در طول بقیه سال** حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزان‌تر وارد بازار شود که به اندازه دارویی که اکنون در *لیست داروهای* ما وجود دارد مؤثر باشد، **یا**
- ما متوجه شویم دارویی ایمن نیست، **یا**
- یک دارو از بازار حذف شود.

چه اتفاقی می‌افتد اگر تصمیم پوششی برای دارویی که مصرف می‌کنید تغییر کند؟

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد آنچه هنگام تغییر *لیست داروهای* ما رخ می‌دهد، همیشه می‌توانید:

- *لیست داروهای* فعلی ما را به صورت آنلاین در www.alamedaalliance.org/alliancewellness بررسی کنید، یا
- از طریق شماره‌ای که در انتهای صفحه آمده است با خدمات اعضا تماس بگیرید تا *لیست داروهای* فعلی ما را بررسی کنید.

تغییراتی که ممکن است در *لیست داروها* اعمال کنیم و در طول سال طرح فعلی بر شما تأثیر بگذارد

برخی از تغییرات در *لیست داروها* بلافاصله رخ خواهد داد. مثلاً:

یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می‌گیرد. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک جدید یا بیوسیمیلار وارد بازار می‌شود که به اندازه یک داروی برند یا محصول زیستی اصلی که اکنون در *لیست داروها* وجود دارد، مؤثر است. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، ممکن است داروی برند را حذف کرده و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید همان باقی می‌ماند خواهد شد. هنگامی که داروی ژنریک جدیدی اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم داروی برند را در لیست نگه داریم، اما محدودیت‌ها یا قوانین پوشش ان را تغییر دهیم.

- ما ممکن است قبل از انجام این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما به محض وقوع، اطلاعاتی در مورد تغییر خاصی که اعمال کرده‌ایم برای شما ارسال خواهیم کرد.
- شما یا ارائه‌کننده‌تان می‌توانید برای این تغییرات درخواست «استثنا» کنید. ما یک اطلاعیه حاوی مراحلی که می‌توانید برای درخواست استثنا انجام دهید، برای شما ارسال خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثناها، لطفاً به **فصل 9** از این کتابچه راهنما مراجعه کنید.

حذف داروهای ناایمن و سایر داروهایی که از بازار خارج شده‌اند. گاهی اوقات ممکن است یک دارو ناایمن تشخیص داده شود یا به دلیل دیگری از بازار خارج شود. اگر این اتفاق بیفتد، ممکن است بلافاصله آن را از *لیست داروهای* خود حذف کنیم. اگر مصرف‌کننده آن دارو باشید، پس از انجام تغییر، یک اطلاعیه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر یکی از این اطلاعیه‌ها را دریافت کردید، لطفاً برای یافتن دارویی دیگر که برای شما ایمن است، با پزشکتان صحبت کنید.

ما ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهایی که مصرف می‌کنید تأثیر بگذارد. ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در *لیست داروهای* خود به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در صورتی رخ دهد که:

- سازمان FDA رهنمود جدیدی ارائه دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو وجود داشته باشد.

هنگامی که این تغییرات رخ می‌دهد، ما:

- حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را در *لیست داروهای* خود ایجاد کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم، **یا**
- پس از درخواست تجدید نسخه، به شما اطلاع می‌دهیم و دارو را برای مصرف 30 روزه تأمین می‌کنیم.

این به شما زمان می‌دهد تا با پزشک یا تجویزکننده خود مشورت کنید. آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید:

- آیا داروی مشابهی در *لیست داروهای* ما وجود دارد که بتوانید به جای آن استفاده کنید، **یا**
- آیا باید برای ادامه پوشش دارو یا نسخه دارویی که مصرف می‌کرده‌اید، درخواست استثنا به واسطه این تغییرات کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناها، به **فصل 9** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

تغییرات در *لیست داروها* که در طول سال برنامه درمانی فعلی بر شما تأثیری نمی‌گذارند

ما ممکن است تغییراتی را در داروهایی که مصرف می‌کنید ایجاد کنیم که در بالا توضیح داده نشده‌اند و اکنون بر شما تأثیری نمی‌گذارند. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی را مصرف می‌کنید که ما در **ابتدای** سال پوشش داده‌ایم، ما عموماً تصمیم پوششی آن دارو را **در طول بقیه سال** حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم.

به عنوان مثال، اگر ما دارویی را که مصرف می‌کنید حذف کنیم، یا استفاده از آن را محدود کنیم، آنگاه تغییر بر استفاده شما از دارو برای بقیه سال تأثیری نمی‌گذارد.

اگر هریک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید رخ دهد (به جز تغییرات ذکرشده در بخش بالا)، تغییر تا 1 ژانویه سال بعد بر استفاده شما تأثیری نخواهد گذاشت.

ما در طول سال جاری مستقیماً در مورد این نوع تغییرات به شما اطلاع نخواهیم داد. برای اینکه ببینید آیا تغییری وجود دارد که در سال برنامه درمانی بعدی بر شما تأثیر بگذارد یا خیر، باید *لیست داروهای* سال برنامه درمانی بعدی را بررسی کنید (هنگامی که لیست در طول دوره ثبت‌نام آزاد در دسترس است).

F. تصمیم پوششی دارو در موارد خاص

F1. در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای یک اقامت که طرح ما آن را پوشش می‌دهد

اگر برای اقامتی که طرح ما آن را پوشش می‌دهد در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بستری شوید، ما عموماً هزینه داروهای شما را در طول اقامتتان پوشش می‌دهیم. شما مبلغی به‌عنوان سهم بیمه‌شده پرداخت نخواهید کرد. به محض اینکه بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کنید، ما داروهای شما را تا زمانی که داروها تمام با قوانین تصمیم پوششی ما مطابقت داشته باشند، پوشش می‌دهیم.

F2. در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت

معمولاً، یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت، مانند یک مرکز پرستاری، داروخانه خود را دارد یا یک داروخانه که داروها را برای تمام ساکنین آن‌ها تأمین می‌کند. اگر در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی می‌کنید، ممکن است بتوانید داروهای خود را از طریق داروخانه آن مرکز دریافت کنید، البته اگر این داروخانه بخشی از شبکه ما باشد.

لیست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های خود را بررسی کنید تا بفهمید آیا داروخانه مرکز مراقبت‌های بلندمدت شما بخشی از شبکه ما هست یا خیر. اگر اینطور نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. در یک برنامه آسایشگاه تسکینی موردتأیید Medicare

داروها هرگز به طور همزمان توسط آسایشگاه تسکینی و طرح ما پوشش داده نمی‌شوند.

- ممکن است در یک آسایشگاه تسکینی Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروهای خاصی (مثلاً داروهای مسکن، ضد تهوع، ملین، یا ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که آسایشگاه تسکینی شما آن‌ها را پوشش نمی‌دهد زیرا به پیش‌اگهی و شرایط بیماری لاعلاج شما مرتبط نیست. در این صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه‌کننده آسایشگاه تسکینی شما اطلاعیه‌ای دریافت کند مبنی بر اینکه دارو غیرمرتبط است.

- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای نامرتبط که برنامه ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده آسایشگاه یا تجویزکننده خود بخواهید که اطمینان حاصل کنند اطلاعیه نامرتبط بودن دارو قبل از درخواست تأمین نسخه از داروخانه، در اختیار ما قرار گرفته است.

اگر آسایشگاه تسکینی را ترک کنید، طرح ما تمام داروهای شما را پوشش می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه هنگام پایان مزایای آسایشگاه تسکینی Medicare، مدارک را به داروخانه ببرید تا تأیید کند که آسایشگاه تسکینی را ترک کرده‌اید.

به بخش‌های قبلی این فصل که درباره داروهای تحت پوشش طرح ماست مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه تسکینی، به **فصل 4** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G. برنامه‌ها در مورد ایمنی دارو و مدیریت داروها

G1. برنامه‌ها برای کمک به شما در استفاده ایمن از داروها

هربار که یک نسخه را تهیه می‌کنید، ما به دنبال مشکلات احتمالی، مانند خطاهای دارویی یا داروهایی هستیم که:

- ممکن است مورد نیاز نباشند زیرا داروی مشابه دیگری را مصرف می‌کنید که همان کار را انجام می‌دهد
- ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- اگر آنها را همزمان مصرف کنید، احتمال آسیب رساندن به شما را داشته باشند
- حاوی ترکیباتی باشند که به آن‌ها حساسیت دارید یا ممکن است داشته باشید
- ممکن است در مقدار مصرف (دوز) خطا وجود داشته باشد
- دارای مقادیر ناایمن از داروهای ضد درد اوپیوئیدی باشند

اگر مشکلی احتمالی در مصرف داروهای شما پیدا کنیم، برای اصلاح آن با ارائه‌کننده شما همکاری می‌کنیم.

G2. برنامه‌ها برای کمک به شما در مدیریت داروهایتان

برنامه درمانی ما یک برنامه برای کمک به اعضا با نیازهای سلامتی پیچیده دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات، بدون هزینه برای خودتان، از طریق یک برنامه مدیریت درمان دارویی (medication therapy management, MTM) باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌کننده شما کمک می‌کند تا مطمئن شوید که داروهایتان برای بهبود سلامت شما مؤثر هستند. اگر واجد شرایط این برنامه باشید، یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت یک بررسی جامع از تمام داروهای شما انجام خواهند داد و با شما پیرامون موارد زیر صحبت خواهند کرد:

- چگونه بیشترین منفعت را از داروهایی که مصرف می‌کنید ببرید
- هرگونه نگرانی که دارید، مانند هزینه‌های دارویی و واکنش‌های دارویی
- بهترین شیوه مصرف داروهایتان
- هرگونه سؤال یا مشکلی که در مورد نسخه و داروی بدون نسخه خود دارید

سپس، به شما موارد زیر را خواهند داد:

- یک خلاصه مکتوب از این بحث خلاصه شامل یک برنامه عملی دارویی است که توصیه می‌کند برای بهترین استفاده از داروهای خود چه کارهایی انجام دهید.
- یک فهرست شخصی از داروها که شامل همه داروهایی است که مصرف می‌کنید، مقدار مصرف و زمان و دلیل مصرف آن‌ها.
- اطلاعاتی در مورد دفع ایمن داروهای تجویزی که جزء مواد کنترل‌شده هستند.

خوب است که با تجویزکننده خود در مورد برنامه عملی و لیست دارویی‌تان صحبت کنید.

- برنامه عملی و لیست دارویی خود را در نوبت ویزیت یا هر زمان که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی صحبت می‌کنید، همراه داشته باشید.
- اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس می‌روید، لیست دارویی خود را همراه داشته باشید.

شرکت در برنامه‌های MTM برای اعضای واجد شرایط، داوطلبانه و رایگان هستند. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که مناسب نیازهای شما باشد، شما را در آن برنامه ثبت‌نام کرده و اطلاعاتی را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در برنامه باشید، به ما اطلاع دهید و ما شما را از آن خارج خواهیم کرد.

اگر در مورد این برنامه‌ها سؤالی دارید، با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروهای اوپیوئیدی

ما برنامه‌ای داریم که به اطمینان از استفاده ایمن اعضا از داروهای اوپیوئیدی تجویزی و سایر داروهایی که به طور مکرر مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند، کمک می‌کند. این برنامه، برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DMP) نامیده می‌شود.

اگر از داروهای اوپیوئیدی استفاده می‌کنید که از چندین تجویز کننده یا داروخانه دریافت می‌کنید یا اگر اخیراً بیش‌مصرفی داروهای اوپیوئیدی داشته‌اید، ممکن است با تجویز کنندگان شما صحبت کنیم تا مطمئن شویم که استفاده شما از داروهای اوپیوئیدی مناسب و دارای ضرورت پزشکی باشد. اگر با تجویز کنندگان شما همکاری کنیم و به این نتیجه برسیم که استفاده شما از داروهای تجویزی اوپیوئیدی یا بنزودیازپین‌ها ممکن است ایمن نباشد، امکان دارد نحوه دریافت آن داروها را محدود کنیم. اگر شما را در برنامه DMP خود قرار دهیم، محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام شما به دریافت تمام نسخه‌های این داروها از داروخانه(های) مشخص
- الزام شما به دریافت تمام نسخه‌های داروهای اوپیوئیدی یا بنزودیازپین از تجویزکننده(های) مشخص
- محدود کردن مقدار داروهای اوپیوئیدی یا بنزودیازپین که برای شما پوشش داده می‌شود

اگر قصد داشته باشیم نحوه دریافت یا مقدار این داروها را محدود کنیم، از قبل برای شما نامه‌ای ارسال خواهیم کرد. نامه به شما اطلاع می‌دهد که آیا پوشش این داروها برای شما محدود خواهد شد، یا اینکه شما ملزم خواهید بود نسخه‌های این داروها را تنها از ارائه‌کننده یا داروخانه مشخص دریافت کنید.

شما فرصت خواهید داشت تا به ما بگویید کدام تجویزکنندگان یا داروخانه‌ها را ترجیح می‌دهید و هر اطلاعاتی که فکر می‌کنید مهم است را در اختیار ما قرار دهید. پس از اینکه فرصت پاسخ‌دهی داشتید، اگر تصمیم بگیریم پوشش شما برای این داروها محدود شود، یک نامه دیگر در تأیید محدودیت‌ها برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، با تصمیم یا محدودیت ما موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر دهید، ما پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم جدیدی به شما ارائه می‌دهیم. اگر ما همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما که مربوط به محدودیت‌های دسترسی به داروها است را رد کنیم، پرونده شما به‌طور خودکار به سازمان بررسی مستقل (Independent Review Organization, IRO) ارسال خواهد شد. (برای اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرها و IRO، به **فصل 9** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.)

ممکن است برنامه DMP برای شما اعمال نشود اگر شما:

- دچار شرایط پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری سلول داسی‌شکل باشید،
- در حال دریافت مراقبت‌های آسایشگاه تسکینی، مراقبت تسکینی، یا مراقبت‌های پایان عمر هستید، **یا**
- در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی می‌کنید

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

فصل 6: هزینهٔ پرداختی شما برای داروهای Medicare و Medi-Cal

مقدمه

در این فصل، مبلغ پرداختی برای داروهای سرپایی توضیح داده شده است. منظور ما از «دارو»، این موارد است:

- داروهای Medicare بخش D، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx،

با توجه به واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal، برای کمک در پرداخت هزینه‌های داروهای Medicare بخش D خود، Extra Help از Medicare دریافت می‌کنید.

> **Extra Help** یکی از برنامه‌های Medicare است که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه‌های داروهای Medicare بخش D نظیر حق بیمه، کسورات و پرداخت مشترک را کاهش دهند. به این Extra Help، «یارانه افراد کم‌درآمد» یا «LIS» نیز گفته می‌شود.

دیگر اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* ارائه شده است.

با مراجعه به این موارد می‌توانید اطلاعات بیشتری در زمینهٔ داروها به دست آورید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.
  - ما این فهرست را «*فهرست دارویی*» می‌نامیم. اطلاعاتی که در این فهرست ارائه شده است:
    - داروهایی که هزینه‌شان را می‌پردازیم
    - این که محدودیتی روی داروها وجود دارد یا خیر
  - در صورت نیاز به نسخه‌ای از *فهرست دارویی*، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه *فهرست دارویی* ما را در وب‌سایت ما در نشانی www.alamedaalliance.org/alliancewellness مشاهده کنید.
  - Alameda Alliance Wellness اکثر داروهایی را که از داروخانه دریافت می‌کنید، پوشش می‌دهد.سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (Over the Counter, OTC) و ویتامین‌های خاصی ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شمارهٔ 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.
  - **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا*.

- نحوهٔ دریافت داروهای سرپایی از طریق طرح ما را توضیح می‌دهد.
- قوانینی که باید از آن‌ها پیروی کنید، در آن ارائه شده است. همچنین به شما اطلاع می‌دهد طرح ما چه نوع داروهایی را پوشش نمی‌دهد.
- هنگام استفاده از «ابزار مزایای لحظه‌ای» طرح برای جست‌وجوی پوشش دارویی (به **فصل 5، بخش B2** مراجعه کنید)، مبلغ نمایش‌داده‌شده برآورد هزینه‌های پرداختی از جیب است که از شما انتظار می‌رود پرداخت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت یا خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما.
  - در اکثر مواقع، برای دریافت داروهای تحت پوشش باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه به داروخانه‌هایی گفته می‌شود که موافقت کرده‌اند با ما همکاری کنند.
  - نام داروخانه‌های شبکه ما در *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* ذکر شده است. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های شبکه، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. *شرح مزایا (EOB)* 163
B. نحوهٔ پایش هزینه‌های داروهایتان 164
B1. در صورت مشاهده اشتباه در این خلاصه چکار باید کرد؟ 165
B2. کلاهبرداری احتمالی چطور؟ 165
C. هیچ هزینه‌ای بابت تأمین یک‌ماهه یا بلندمدت داروها نمی‌پردازید 165
C1. انتخاب‌های شما در خصوص داروخانه 165
C2. دریافت تأمین بلندمدت دارو 166
D. مبلغ پرداختی شما برای واکسن‌های بخش D 166
D1. مواردی که باید قبل از تزریق واکسن از آن مطلع باشید 166

A. *شرح مزایا (EOB)*

طرح ما هزینه‌های داروها هنگام دریافت دارو در داروخانه را رهگیری می‌کند. ما دو نوع هزینه را رهگیری می‌کنیم:

- **هزینه‌های پرداختی از جیب** شما. این مبلغی است که شما یا دیگران از طرف شما برای نسخه‌هایتان پرداخت می‌کنید. این مبلغ شامل مبلغ پرداختی برای دریافت این موارد است: داروهای تحت پوشش بخش D، هرگونه پرداخت برای داروهای شما از طرف دوستان یا اعضای خانواده‌تان، هرگونه پرداخت برای داروهای شما توسط Extra Help از طرف Medicare، کارفرما یا طرح‌های سلامت اتحادیه، خدمات مراقبت‌های سلامت سرخپوستان، برنامه‌های کمک در تهیه داروهای ایدز یا همان سندرم نقص ایمنی اکتسابی (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)، خیریه‌ها و اکثر برنامه‌های ایالتی کمک‌کننده در تهیه دارو (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).
- **مجموع هزینه‌های داروهای** شما. این مبلغ، مجموع کل پرداخت‌هایی است که برای داروهای تحت پوشش بخش D شما انجام می‌شود. این مبلغ شامل پرداختی طرح ما و پرداختی سایر برنامه‌ها یا سازمان‌ها برای داروهای تحت پوشش بخش D شماست.

هنگام دریافت دارو از طریق طرح ما، خلاصه‌ای به نام *شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB)* برای شما ارسال می‌کنیم. آن را به اختصار EOB می‌نامیم. EOB صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی‌تان ارائه می‌کند. EOB شامل این موارد است:

- **اطلاعات برای ماه**. این خلاصه به شما نشان می‌دهد که ماه قبل چه داروهایی دریافت کرده‌اید. آن، مجموع هزینه‌های دارو، مبلغی که ما پرداخت کرده‌ایم و مبلغ پرداختی شما یا سایر افراد برای شما را نشان می‌دهد.
- **مجموع هزینه سالانه از 1 ژانویه**. این مبلغ، بیانگر مجموع هزینه‌های دارو و مجموع پرداخت‌های داروهای شما از شروع سال است.
- **اطلاعات قیمت دارو**. قیمت کل و تغییرات قیمت دارو از اولین تحویل هر دارو با مقدار یکسان نشان داده می‌شود.
- **گزینه‌های جایگزین ارزان‌تر**. در صورت وجود، اطلاعات مربوط به سایر داروهای موجود با سهم هزینه پایین‌تر برای هر نسخه.

ما پوشش داروهای خارج از پوشش Medicare را ارائه می‌دهیم.

- پرداخت‌های انجام‌شده برای این داروها در مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب شما محاسبه نمی‌شود.
- طرح اکثر داروهایی را که از داروخانه دریافت می‌کنید، پوشش می‌دهد. سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب‌سایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شمارهٔ 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.
- برای اطلاع از داروهای تحت پوشش طرح ما، به *فهرست دارویی* مراجعه کنید.

B. نحوهٔ پایش هزینه‌های داروهایتان

برای پایش هزینه‌های داروهایتان و پرداخت‌های صورت‌گرفته، ما از سوابق دریافت‌شده از شما و داروخانه‌تان استفاده می‌کنیم. به این طریق می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی‌تان استفاده کنید.

هر زمان می‌خواهید داروهای نسخه را تهیه کنید، کارت شناسایی‌تان را نشان دهید. این کار به ما کمک می‌کند بدانیم کدام نسخه‌ها را تحویل گرفته‌اید و چه مبلغی پرداخت کرده‌اید.

2. مطمئن شوید اطلاعات مورد نیازمان را در اختیارمان قرار داده‌اید.

می‌توانید از ما درخواست کنید سهم هزینه‌مان از دارو را به شما پرداخت کنیم. کپی‌های رسیدهایتان را می‌توانید به این نشانی پستی ارسال کنید:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

فکس: 1.858.549.1569
ایمیل: Claims@Medimpact.com

در زیر چند نمونه از حالت‌هایی است که باید کپی‌های رسیدهایتان را به ما بدهید:

- وقتی داروی تحت پوششی را به قیمت خاصی از داروخانه درون شبکه تهیه می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما محسوب نمی‌شود.
- هنگامی که پرداخت مشترک برای داروهایی می‌پردازید که تحت برنامه کمک مالی به بیمار از طریق تولیدکننده دارو دریافت می‌کنید.
- هنگامی که داروی تحت پوششی را از داروخانه خارج از شبکه تهیه می‌کنید.
- هنگامی که تحت شرایط خاص، کل مبلغ یک داروی تحت پوشش را می‌پردازید.

برای اطلاع دقیق از نحوه درخواست از ما برای بازگرداندن هزینه دارو، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به پرداخت‌های صورت‌گرفته از طرف دیگران برای شما را به ما ارسال کنید.

پرداخت‌های انجام‌شده توسط سایر افراد و سازمان‌های مشخص نیز جزء هزینه‌های پرداختی از جیب شما محسوب می‌شود. به‌عنوان‌مثال، برنامه‌های کمک در تهیه داروهای AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)، خدمات مراقبت‌های سلامت سرخ‌پوستان و اکثر خیریه‌ها در هزینه‌های پرداختی از جیب شما به حساب می‌آیند.

4. EOBهایی را که برای شما ارسال می‌کنیم، بررسی کنید.

هنگام دریافت EOB از طریق پست، حتماً از کامل و صحیح بودن آن مطمئن شوید.

- **نام هر داروخانه را تشخیص می‌دهید؟** تاریخ‌ها را بررسی کنید. داروها را در آن روز تحویل گرفتید؟
- **داروهای موجود در فهرست را دریافت کردید؟** داروها با فهرست داروهای رسیدهایتان مطابقت دارند؟ داروها با داروهای تجویزشده توسط پزشکتان مطابقت دارد؟

B1. در صورت مشاهده اشتباه در این خلاصه چکار باید کرد؟

اگر موردی در این EOB گیج‌کننده است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با خدمات اعضای D-SNP در MedImpact Healthcare Systems تماس بگیرید.

B2. کلاهبرداری احتمالی چطور؟

اگر این خلاصه داروهایی را نشان دهد که مصرف نمی‌کنید یا موضوع دیگری وجود دارد که مشکوک به نظر می‌رسد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما در مرکز خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness تماس بگیرید.
- یا با Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-877-486-2048 تماس بگیرند. به‌صورت رایگان می‌توانید با این شماره‌ها تماس بگیرید.
- اگر مشکوک شده‌اید که ارائه‌دهنده خدمات Medi-Cal مرتکب کلاهبرداری، اتلاف یا سوءاستفاده شده است، از این حق برخوردارید که موضوع را از طریق تماس با شماره رایگان و محرمانه 1-800-822-6222 گزارش کنید. سایر روش‌های گزارش کردن کلاهبرداری Medi-Cal را می‌توانید در این وبسایت مشاهده کنید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

اگر فکر می‌کنید مشکلی وجود دارد یا چیزی کم است یا هرگونه سؤالی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این EOBها را نزد خود نگه دارید. آن‌ها سوابق مهمی از هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. هیچ هزینه‌ای بابت تأمین یک‌ماهه یا بلندمدت داروها نمی‌پردازید

در طرح ما، در صورت دنبال کردن قوانین ما هیچ مبلغی بابت داروهای تحت پوشش نمی‌پردازید.

C1. انتخاب‌های شما در خصوص داروخانه

مبلغی که برای دارو می‌پردازید به دریافت دارو از این موارد بستگی دارد:

- داروخانه شبکه، **یا**
- داروخانه خارج از شبکه. در موارد محدود، نسخه‌های دریافت‌شده از داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم. برای اطلاع از شرایطی که چنین می‌کنیم، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- «داروخانه سفارش پستی» طرح ما، داروخانه‌ای که داروها را با پست سفارشی ارسال می‌کند.

برای آشنایی بیشتر درباره نحوه تنظیم درخواست تجدیدنظر در صورت پوشش داده نشدن دارو، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در زمینهٔ انتخاب این داروخانه‌ها، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* و *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های* ما مراجعه کنید.

C2. دریافت تأمین بلندمدت دارو

برای برخی داروها، هنگام تهیه نسخه می‌توانید تأمین بلندمدت (که «دوره تامین بیشتر» هم نامیده می‌شود) دریافت کنید. تأمین بلندمدت تا میزان مصرف 90 روز است. شما هیچ هزینه‌ای بابت تأمین بلندمدت نمی‌پردازید.

برای اطلاع از جزئیات مربوط به مکان و نحوه تأمین بلندمدت دارو، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* یا *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های* ما مراجعه کنید.

D. مبلغ پرداختی شما برای واکسن‌های بخش D

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها می‌پردازید: بعضی واکسن‌ها، مزایای پزشکی تلقی می‌شوند و تحت پوشش Medicare بخش B قرار می‌گیرند. سایر واکسن‌ها به‌عنوان داروهای Medicare بخش D در نظر گرفته می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در *فهرست دارویی* ما مشاهده کنید. طرح ما بیشتر واکسن‌های Medicare بخش D بزرگسالان را به صورت رایگان برای شما پوشش می‌دهد. برای اطلاع از پوشش و تقسیم هزینه واکسن‌های خاص، به *فهرست دارویی* طرح ما رجوع کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

پوشش واکسن‌های Medicare بخش D ما متشکل از دو بخش است:

1. بخش اول مربوط به هزینه **خود واکسن** است.
2. بخش دوم مربوط به هزینه **تزریق واکسن** است. برای مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به‌عنوان تزریق انجام‌شده توسط پزشکتان دریافت کنید.

D1. مواردی که باید قبل از تزریق واکسن از آن مطلع باشید

توصیه می‌کنیم اگر تصمیم دارید واکسن تزریق کنید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ما می‌توانیم نحوهٔ پوشش واکسن شما توسط طرح به شما توضیح دهیم.
- می‌توانیم به شما اطلاع دهیم چگونه با استفاده از خدمات ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه، هزینه‌هایتان را کاهش دهید. ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه موافقت کرده‌اند با طرح ما همکاری کنند. ارائه‌دهنده شبکه با ما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود هیچ هزینه اضافی برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D نمی‌پردازید.

فصل 7: درخواست از ما برای پرداختصورت‌حسابی که بابت خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کردید

مقدمه

این فصل به شما توضیح می‌دهد که چطور و چه زمان برای ما صورت‌حساب بفرستید تا برای پرداخت هزینه درخواست دهید. همچنین در صورتی‌که با تصمیمی در مورد پوشش‌دهی موافق نیستید، به شما می‌گوید که چطور درخواست تجدیدنظر دهید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه‌های خدمات یا داروها 168
B. ارسال یک درخواست به ما برای پرداخت..... 171
C. تصمیمات پوشش‌دهی..... 172
D. درخواست‌های تجدیدنظر..... 173

A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه‌های خدمات یا داروها

شما نباید بابت خدمات یا داروهای درون‌شبکه صورت‌حسابی دریافت کنید. ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما باید بابت خدمات و داروهای تحت پوشش که دریافت کردید، برای طرح صورت‌حساب صادر کنند. ارائه‌دهنده عضو شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح سلامت همکاری می‌کند.

ما به ارائه‌دهندگان Alameda Alliance Wellness اجازه نمی‌دهیم که بابت این خدمات و داروها برای شما صورت‌حساب صادر کنند. ما مستقیماً هزینه ارائه‌دهندگان خودمان را می‌پردازیم، و شما را از پرداخت هرگونه هزینه بی‌نیاز می‌کنیم.

اگر صورت‌حسابی بابت خدمات مراقبت یا دارو دریافت کنید، آن را نپردازید و صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. برای ارسال صورت‌حساب به ما، به **فصل 7، بخش B** مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها را پوشش دهیم، هزینه‌ها را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما از قبل صورت‌حساب را پرداخت کرده باشید، حق شماست که مبلغ به شما بازپرداخت شود.
  - اگر بابت خدمات تحت پوشش Medicare هزینه پرداخت کرده باشید، ما هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر بابت خدماتی که قبلاً از Medi-Cal دریافت کردید هزینه‌ای پرداختید و از تمام شرایط زیر برخوردار هستید، ممکن است واجد شرایط دریافت بازپرداخت باشید:
  - خدماتی که دریافت کردید تحت پوشش Medi-Cal باشد و ما مسئول پرداخت هزینه آن باشیم. ما بابت خدماتی که تحت پوشش Alameda Alliance Wellness نیست بازپرداختی انجام نمی‌دهیم.
  - پس از اینکه عضو واجد شرایط Alameda Alliance Wellness شده‌اید، خدمات تحت پوشش را دریافت کرده باشید.
  - شما ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمت تحت پوشش، درخواست بازپرداخت را ارائه دهید.
  - مدرکی مانند رسید حاوی ریز اقلام از ارائه‌دهنده ارائه دهید که نشان دهد هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید.
  - شما خدمت تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal در شبکه Alameda Alliance Wellness دریافت کرده باشید. در صورتی‌که خدمت دریافت‌شده از نوع مراقبت اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا خدمتی دیگر باشد که Medi-Cal اجازه می‌دهد بدون تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) توسط ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه ارائه شود، نیازی به رعایت این شرط نیست.
- اگر خدمات تحت پوشش در حالت عادی نیاز به تأییدیه قبلی (مجوز اولیه) دارد، باید مدرکی از سوی ارائه‌دهنده خدمات ارائه دهید که نیاز پزشکی به آن خدمت را نشان می‌دهد.

- اگر Alameda Alliance Wellness به شما بازپرداخت انجام دهند طی نامه‌ای با عنوان «اطلاعیه اقدام» به شما اطلاع خواهند داد. اگر تمام شرایط بالا را داشته باشید، ارائه‌دهنده عضو Medi-Cal باید کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازگرداند. اگر ارائه‌دهنده خدمات از بازپرداخت خودداری کند، Alameda Alliance Wellness کل مبلغ پرداخت‌شده را به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت مطالبه، مبلغ را به شما پرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده در Medi-Cal ثبت‌نام کرده، اما در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت خودداری کند، Alameda Alliance Wellness مبلغی را به شما بازمی‌گرداند، اما فقط تا سقفی که Medi-Cal به صورت «کارانه خدمات» (Fee for Service، FFS) پرداخت می‌کند. Alameda Alliance Wellness کل مبلغ پرداختی از جیب را برای خدمات اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده، یا سایر خدماتی که Medi-Cal اجازه می‌دهد بدون تأییدیه قبلی توسط ارائه‌دهندگان خدمات خارج از شبکه ارائه شوند، بازپرداخت خواهد کرد. اگر یکی از شرایط بالا را نداشته باشید، هزینه‌ای به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
- در موارد زیر بازپرداختی به شما انجام نمی‌دهیم:
  - شما خدماتی را درخواست داده و دریافت کرده‌اید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، مانند خدمات زیبایی.
  - خدمت دریافتی تحت پوشش Alameda Alliance Wellness نباشد.
  - به پزشکی مراجعه کرده‌اید که Medi-Cal را نمی‌پذیرد و فرمی را امضا کرده‌اید که در آن اعلام کرده‌اید با وجود این شرایط می‌خواهید ویزیت شوید و هزینه خدمات را شخصاً پرداخت خواهید کرد.
- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش ما نباشد، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر سؤالی دارید، با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت‌تان تماس بگیرید. اگر صورت‌حسابی دریافت کرده‌اید و نمی‌دانید با آن چکار کنید، می‌توانیم راهنمایی کنیم. همچنین درصورتی‌که می‌خواهید اطلاعاتی درمورد درخواست پرداختی که قبلاً به ما ارسال کرده‌اید به ما بدهید، می‌توانید با ما تماس بگیرید.

مثال‌هایی از مواقعی که ممکن است نیاز به درخواست از ما برای بازپرداخت یا پرداخت صورت‌حساب دریافتی باشد:

1. زمانی که خدمات مراقبت بهداشتی اورژانسی یا فوریتی ضروری از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کرده باشید.

از ارائه‌دهنده بخواهید که برای ما صورت‌حساب صادر کند.

- اگر هنگام دریافت خدمات مراقبت مبلغ کامل را پرداخت کرده باشید، از ما درخواست بازپرداخت کنید. صورت‌حساب و مدرک پرداخت‌های صورت‌گرفته را به ما ارسال کنید.
- ممکن است صورت‌حسابی از ارائه‌دهنده‌ای بابت پرداخت هزینه دریافت کنید که فکر می‌کنید بدهکار نیستید. صورت‌حساب و مدرک پرداخت‌های صورت‌گرفته را به ما ارسال کنید.
  - اگر باید پرداختی به ارائه‌دهنده صورت گیرد، ما مستقیماً این پرداخت را انجام خواهیم داد.
  - اگر از قبل بابت خدمات Medicare هزینه پرداخت کرده باشید، ما مبلغ را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

2. زمانی‌که یک ارائه‌دهنده شبکه صورت‌حسابی صادر می‌کند

ارائه‌دهندگان شبکه باید همیشه به ما صورت‌حساب بدهند. لازم است هنگام دریافت خدمات یا نسخه‌ها، کارت عضویت خود را نشان دهید؛ با این حال گاهی ارائه‌دهندگان شبکه اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند بابت خدمات دریافتی هزینه پرداخت کنید یا بیشتر از سهم هزینه‌ها بپردازید. **درصورت دریافت صورت‌حساب‌ها ازطریق شماره موجود در پایین این صفحه با خدمات اعضا** یا هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت‌تان تماس بگیرید.

- از آنجا که ما بابت تمام هزینه‌های خدمات پرداخت می‌کنیم، شما در قبال پرداخت هیچ هزینه‌ای مسئولیتی ندارید. ارائه‌دهندگان بابت این خدمات نباید صورت‌حسابی به شما بدهند.
- هرگاه صورت‌حسابی از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید، آن را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و مشکل را حل می‌کنیم.
- اگر از قبل صورت‌حسابی از یک ارائه‌دهنده شبکه بابت خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کرده‌اید، صورت‌حساب و مدرکی از پرداخت صورت‌گرفته را برای ما بفرستید. بابت خدمات تحت پوشش به شما بازپرداخت انجام خواهیم داد.

3. اگر سابقاً در طرح ما ثبت‌نام کرده باشید

گاهی عضویت شما در این طرح می‌تواند عطف به ماسبق باشد. (یعنی اولین روز از ثبت‌نام شما گذشته باشد. ممکن است حتی سالِ گذشته باشد.)

- اگر ثبت‌نام شما عطف به ماسبق باشد و پس از تاریخ ثبت‌نام صورت‌حسابی پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما درخواست بازپرداخت کنید.
- صورت‌حساب و مدرک پرداخت‌های صورت‌گرفته را به ما ارسال کنید.

4. هنگامی که از یک داروخانه خارج از شبکه برای تهیه داروی نسخه‌ای استفاده می‌کنید.

اگر از یک داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، هزینه کامل نسخه‌تان را می‌پردازید.

- ما تنها در چند مورد، داروهای نسخه‌ای را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند پوشش می‌دهیم. هنگام درخواست بازپرداخت از ما، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درخصوص داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- ممکن است بابت مابه‌التفاوت بین آنچه برای دارو در داروخانه خارج از شبکه پرداخت کردید و مبلغی که در داروخانه درون‌شبکه پرداخت خواهیم کرد بازپرداختی انجام ندهیم.

5. زمانی‌که هزینه کل نسخه Medicare بخش D را پرداخت می‌کنید، زیرا کارت عضویت‌تان را همراه ندارید

اگر کارت عضویت را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد یا اطلاعات ثبت‌نام شما را در طرح جستجو کند.

- اگر داروخانه نتواند اطلاعات را فوراً دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را خودتان بپردازید یا با کارت عضویت به داروخانه بازگردید.
- هنگام درخواست بازپرداخت از ما، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید.
- اگر مبلغ نقدی که پرداخت کردید از قیمت مذاکره‌شده ما برای آن نسخه بیشتر باشد، ممکن است هزینه کاملی را که پرداخت کردید بازپرداخت نکنیم.

6. زمانی‌که هزینه کامل نسخه Medicare بخش D را برای دارویی که تحت پوشش نیست می‌پردازید.

ممکن است هزینه کامل نسخه را بپردازید، زیرا دارو تحت پوشش نیست.

- دارو ممکن است در *فهرست داروهای تحت پوشش* (*فهرست دارویی*) در وبسایت ما نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که از آن مطلع نباشید یا ندانید برای شما اعمال می‌شود. اگر تصمیم بگیرید که دارو را دریافت کنید، ممکن است نیاز باشد هزینه کل را پرداخت کنید.
  - اگر بابت دارو پول پرداخت نکنید، اما فکر می‌کنید که ما باید پوشش دهیم، می‌توانید درخواست تصمیم برای پوشش‌دهی کنید (به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا*) *مراجعه کنید*.
  - اگر شما و پزشکتان یا تجویزکننده دیگری فکر می‌کنید که فوراً (ظرف 24 ساعت) به دارو نیاز دارید، می‌توانید درخواست یک تصمیم پوشش‌دهی سریع کنید (به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا*) مراجعه کنید.
- هنگام درخواست بازپرداخت از ما، یک کپی از رسیدتان را برایمان ارسال کنید. در برخی از موارد ممکن است نیاز باشد اطلاعات بیشتری از پزشک شما یا تجویزکننده دیگر برای بازپرداخت دارو دریافت کنیم. اگر مبلغی که پرداخت کردید از قیمت مذاکره‌شده ما برای آن نسخه بیشتر باشد، ممکن است هزینه کاملی را که پرداخت کردید بازپرداخت نکنیم.

زمانی‌که درخواستی برای پرداخت به ما ارسال کنید، ما آن را مرور می‌کنیم و در مورد نیاز به پوشش دادن آن خدمات یا دارو تصمیم می‌گیریم. این تصمیم، «تصمیم درباره پوشش‌دهی» نام دارد. اگر تصمیم بگیریم که این سرویس یا دارو باید تحت پوشش قرار گیرد، هزینه آن را پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست شما برای پرداخت را رد کنیم، می‌توانید در خصوص تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. ارسال یک درخواست به ما برای پرداخت

صورت‌حساب و مدارک پرداخت‌هایی را که بابت خدمات Medicare انجام داده‌اید برایمان ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. مدرک پرداخت می‌تواند یک کپی از چک پرداختی یا رسیدی از ارائه‌دهنده باشد. **ایده خوبی است که یک کپی از صورت‌حساب و رسیدها را در سوابق‌تان نگه دارید.** می‌توانید از هماهنگ‌کننده خدمات‌تان راهنمایی بگیرید. شما باید ظرف یک (1) سال از تاریخ دریافت خدمت، اقلام یا دارو، اطلاعات خود را برای ما ارسال کنید.

لطفاً نامه‌ای ارسال کنید که درخواست بازپرداخت دارد و شامل رسید داروخانه باشد و اطلاعات زیر را شامل شود:

- نام بیمار
- تاریخ خدمات
- نام دارو
- شماره کد ملی دارو (NDC)
- شماره نسخه
- تعداد
- تعداد روزهای مصرف
- مبلغ تقاضا به دلار

توجه: فقط رسید صندوق را برای بازپرداخت ارسال نکنید، زیرا شامل اطلاعات کافی برای ارزیابی بازپرداخت نمی‌باشد.

- مطابق قانون، داروهای نسخه‌ای تهیه شده خارج از ایالات متحده براساس برنامه Medicare بخش D واجد شرایط بازپرداخت نمی‌باشند.

درخواست خود برای پرداخت هزینه دارو و نیز صورت‌حساب‌ها یا رسیدها را به این نشانی پست کنید:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
فکس: 1.858.549.1569
ایمیل: Claims@Medimpact.com

ممکن است بتوانیم هزینه‌های پرداختی از جیب اعضا برای مزایای پزشکی تحت پوشش را ظرف یک (1) سال از تاریخ دریافت خدمات به آن‌ها بازپرداخت کنیم. درخواست خود برای پرداخت هزینه پزشکی و نیز صورت‌حساب‌ها یا رسیدها را به این نشانی پست کنید:

Attn: Grievance and Appeals
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

همچنین می‌توانید برای درخواست پرداخت هزینه با ما تماس بگیرید. می‌توانید با شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) با Alameda Alliance Wellness تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم.

C. تصمیمات پوشش‌دهی

زمانی‌که درخواست شما برای پرداخت را دریافت می‌کنیم، برای پوشش‌دهی تصمیم می‌گیریم. یعنی تصمیم می‌گیریم که آیا طرح ما خدمات، اقلام یا داروهای شما را پوشش می‌دهد یا خیر. همچنین درمورد مبلغ پولی که باید پرداخت کنید (درصورت مصداق داشتن) تصمیم می‌گیریم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشته باشیم، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما این خدمات، اقلام یا داروها را پوشش می‌دهد و شما از تمام قوانین دریافت آن پیروی کرده باشید، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر از قبل بابت آن خدمات یا داروها هزینه پرداخت کرده باشید، یک چک بابت آنچه پرداخت کردید برایتان پست خواهیم کرد. اگر هزینه کامل دارویی را پرداخت کرده باشید، ممکن است بابت مبلغ کاملی که پرداخت کردید بازپرداخت نشوید (برای مثال، اگر دارویی را در یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کرده باشید یا مبلغ نقدی که پرداخت کردید بالاتر از قیمت مذاکره‌شده ما باشد). اگر هزینه را پرداخت نکرده باشید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 از این *کتابچه راهنمای اعضا* قوانین حاکم بر پوشش خدمات شما را شرح می‌دهد. **فصل 5** از این *کتابچه راهنمای اعضا* قوانین حاکم بر پوشش داروهای Medicare بخش D را شرح می‌دهد.

- اگر تصمیم بگیریم که بابت خدمات یا دارویی هزینه پرداخت نکنیم، نامه‌ای برایتان ارسال خواهیم کرد تا دلایل آن را شرح دهد. این نامه همچنین حقوق شما برای درخواست تجدیدنظر را شرح می‌دهد.
- برای کسب اطلاع از تصمیم‌های پوشش‌دهی، به **فصل 9** مراجعه کنید.

D. درخواست‌های تجدیدنظر

اگر فکر می‌کنید ما در رد درخواست شما دچار اشتباه شده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. به این کار «درخواست تجدیدنظر» می‌گویند. همچنین اگر با مبلغی که ما پرداخت می‌کنیم موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

روند درخواست‌های تجدیدنظر رسمی دارای روال و فرجه‌های زمانی دقیق می‌باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید:

- برای درخواست تجدیدنظر درباره بازپرداخت هزینه خدمات مراقبت سلامت، به **بخش F** *مراجعه کنید*.
- برای درخواست تجدیدنظر درباره بازپرداخت هزینه یک دارو، به **بخش G** *مراجعه کنید*.

فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل حاوی حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان یکی از اعضای طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم.
اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. حق شما برای دریافت سرویس‌ها و اطلاعات به طریقی که نیازهای شما را برآورده کند 175

B. مسئولیت ما برای دسترسی به موقع شما به سرویس‌ها و داروهای تحت پوشش 176

C. مسئولیت ما برای محافظت از اطلاعات سلامتی شخصی (PHI) شما 177

C1. ما چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم 178

C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی خود 178

D. مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما 179

E. ناتوانی ارائه‌دهندگان عضو شبکه برای صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما 180

F. حق شما برای خارج شدن از برنامه ما 180

G. حق شما مبنی بر تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های بهداشتی خود 180

G1. حق شما مبنی بر دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری 180

G2. حق شما مبنی بر اینکه مشخص کنید در صورتی که شما نتوانید برای خودتان تصمیمات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی را بگیرید چه اتفاقی بیفتد 181

G3. در صورتی که از دستورات شما پیروی نشود چه کاری می‌توانید بکنید 182

H. حق شما مبنی بر شکایت کردن و خواستن از ما برای تجدیدنظر در تصمیم‌های خود 183

H1. درباره رفتار غیرمنصفانه یا کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود چه کاری می‌توانید بکنید 183

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح 184

A. حق شما برای دریافت سرویس‌ها و اطلاعات به طریقی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید مطمئن شویم که **همه** سرویس‌ها اعم از سرویس‌های بالینی و غیربالینی به صورتی به شما ارائه شود که از لحاظ فرهنگی قابل‌قبول و فهمیدنی باشد از جمله برای افراد دارای تسلط محدود به زبان انگلیسی و مهارت‌های محدود در خواندن متون، افراد ناشنوا و افرادی که پیش‌زمینه فرهنگی و نژادی گوناگونی دارند. ما همچنین باید شما را درباره مزایای طرح خود و حقوق شما به صورتی که برای شما قابل فهم باشد مطلع کنیم. ما باید شما را هر سالی که عضو طرح ما هستید از حقوق خود مطلع کنیم.

- برای کسب اطلاعات به صورتی که برای شما قابل فهم باشد با مسئول هماهنگی مراقبت‌های خود یا خدمات اعضا تماس بگیرید. در طرح ما سرویس‌های رایگان مترجم شفاهی برای پاسخ دادن به سوالات شما به زبان‌های مختلف ارائه می‌شود. این سرویس‌ها در 24 ساعت روز ارائه می‌شود. نیازی نیست از اعضای خانواده یا دوستان به‌عنوان مترجم شفاهی استفاده کنید. ما استفاده از خردسالان را به عنوان مترجم درست نمی‌دانیم، مگر اینکه شرایط اورژانسی باشد. برای دسترسی به سرویس مترجم شفاهی لطفاً با شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی، شامل اسپانیایی، چینی، ویتنامی، فارسی و تاگالوگ و به قالب‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای تهیه مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به آدرس زیر نامه ارسال کنید:

  Attn: Member Services
  Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

- شما می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. این درخواست، دائمی است. برای تهیه این سند در حال حاضر و در آینده به زبانی به غیر از انگلیسی یا به قالبی جایگزین لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم.
- خدمات اعضا زبان و قالب ترجیحی شما را برای ارتباطات بعدی در پرونده نگهداری خواهد کرد.
- برای اعمال هرگونه تغییر در ترجیحات خود، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- برای اطلاعات بیشتر درباره سرویس‌ها به زبان یا قالب ترجیحی خود به **فصل 11** از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر شما در دریافت اطلاعات از طرح ما به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایت کنید با توجه به این اطلاعات تماس بگیرید:

- بیمه Medicare با شماره تلفن (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal با شماره 1-916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و سرویس‌های انسانی ایالت متحده با شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

B. مسئولیت ما برای دسترسی به موقع شما به سرویس‌ها و داروهای تحت پوشش

حقوق شما به عنوان عضوی از طرح ما.

- شما این حق را دارید که ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه‌ای (PCP) از شبکه ما انتخاب کنید. ارائه‌دهنده عضو شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه نوع ارائه‌دهنده‌هایی می‌توانند PCP باشند و نحوه انتخاب PCP به **فصل 3** از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات اعضا تماس بگیرید یا به *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* بروید تا اطلاعات بیشتری درباره ارائه‌دهندگان عضو شبکه و پزشک‌هایی که بیماران جدید را می‌پذیرند کسب کنید.
- شما این حق را دارید که بدون ارجاع به متخصص سلامت زنان مراجعه کنید. ارجاع تاییدیه‌ای از PCP شما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای است که PCP شما نیست.
- شما این حق را دارید که سرویس‌های تحت پوشش را از ارائه‌دهندگان عضو شبکه طی مدت زمانی معقول دریافت کنید.
  - این مورد همچنین شامل حق دریافت به موقع سرویس از متخصصان نیز می‌شود.
  - اگر شما نتوانید سرویس‌ها را طی مدت زمانی معقول دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را پرداخت کنیم.
- شما این حق را دارید که سرویس‌ها یا مراقبت اورژانسی را که فوراً به آن‌ها نیاز است بدون مجوز قبلی (Prior Authorization, PA) دریافت کنید.
- شما این حق را دارید که نسخه‌های خود را از هر یک از داروخانه‌های عضو شبکه ما بدون تاخیر زیاد بگیرید.
- شما این حق را دارید که بدانید چه زمانی می‌توانید از ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌دهنده خارج از شبکه به **فصل 3** از *این دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- وقتی که شما در ابتدا عضو طرح ما می‌شوید، شما این حق را دارید که ارائه‌دهندگان و مجوزهای سرویس‌های فعلی خود را در صورتی که شروط خاصی رعایت شود تا 12 ماه حفظ کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نگه داشتن ارائه‌دهندگان و مجوزهای سرویس‌های خود به **فصل 1** از *این دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت خود تصمیمات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی خود را بگیرید.

فصل 9 از *دفترچه راهنمای اعضا* به شما اطلاع می‌دهد که اگر شما نمی‌توانید سرویس‌ها یا داروهای خود را طی مدت زمانی معقول دریافت کنید چه کار کنید. این فصل همچنین به شما اطلاع می‌دهد که در صورتی که ما سرویس‌ها یا داروهای شما را پوشش ندهیم و شما با تصمیم ما موافق نباشید چه کاری می‌توانید بکنید.

C. مسئولیت ما برای محافظت از اطلاعات سلامتی شخصی (PHI) شما

ما طبق قوانین فدرال و ایالتی از PHI شما محافظت می‌کنیم.

اطلاعات PHI شما حاوی اطلاعات شخصی است که شما هنگام ثبت‌نام در طرح ما در اختیار ما قرار دادید. این اطلاعات همچنین شامل سوابق پزشکی و دیگر اطلاعات پزشکی و سلامتی است.

شما در زمینه اطلاعات خود و کنترل چگونگی استفاده از PHI خود از حقوقی برخوردار هستید. ما اطلاعیه مکتوبی در اختیار شما قرار می‌دهیم که به شما درباره این حقوق اطلاع می‌دهد و در آن توضیح داده می‌شود که ما چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این اطلاعیه به «اطلاعیه رویه حریم خصوصی» معروف است.

اعضایی که رضایت می‌دهند سرویس‌های حساس را دریافت کنند ملزم به دریافت مجوز عضو دیگری برای دریافت سرویس‌های حساس یا ارسال ادعای خسارت برای سرویس‌های حساس نیستند. طرح Alameda Alliance Wellness مکاتبات راجع به سرویس‌های حساس را به آدرس پستی، ایمیل یا شماره تلفن جایگزین مشخص شده یا در صورت نبود چنین انتخابی به نام عضو به آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند. طرح Alameda Alliance Wellness اطلاعات پزشکی مرتبط با سرویس‌های حساس را به هیچ عضو دیگری بدون مجوز مکتوب از عضوی که سرویس را دریافت می‌کند نمی‌دهد. طرح Alameda Alliance Wellness درخواست‌های مرتبط با ارتباط محرمانه را در صورتی که امکان فراهم کردن درخواست‌ها به فرم و قالب درخواستی یا در مکان‌های جایگزین وجود داشته باشد با فرم و قالب درخواستی وفق می‌دهد. درخواست عضو برای مکاتبات محرمانه مرتبط با سرویس‌های حساس تا زمانی معتبر است که عضو درخواست خود را لغو کند یا درخواست جدیدی برای مکاتبات محرمانه ارسال کند.

برای درخواست مکاتبات پزشکی محرمانه (خصوصی)، شما باید فرم موجود را در وب‌سایت ما به نشانی www.alamedaalliance.org/members/member-forms پر کنید. می‌توانید فرم را از طریق پست، فکس یا ایمیل با توجه به اطلاعات زیر ارسال کنید:

Attn: Member Services – Privacy Preferences
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

فکس: 1.877.747.4504
ایمیل: DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org

اگر در زمینه درخواست مکاتبات محرمانه به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره تلفن موجود در کارت شناسایی خود با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C1. ما چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم

ما اطمینان حاصل می‌کنیم هیچ فرد بدون مجوزی سوابق شما را بررسی نمی‌کند یا سوابق شما را تغییر نمی‌دهد.

به جز برای مواردی که در بخش زیر ذکر شده است، ما PHI شما را در اختیار هیچ فردی که مسئول ارائه سرویس مراقبتی به شما نیست یا هزینه سرویس مراقبتی شما را پرداخت نمی‌کند قرار نمی‌دهیم. اگر ما قصد چنین کاری را داشته باشیم، در ابتدا باید اجازه مکتوب شما را کسب کنیم. شما یا کسی که قانوناً مجاز است برای شما تصمیم بگیرد می‌توانید اجازه مکتوب را بدهید.

ما در برخی موارد ملزم نیستیم که در ابتدا اجازه مکتوب شما را کسب کنیم. این استثناها به طور قانونی مجاز یا الزامی است:

- ما باید PHI را برای سازمان‌های دولتی که کیفیت سرویس مراقبتی طرح ما را بررسی می‌کنند منتشر کنیم.
- ما ممکن است طبق دستور دادگاه PHI را منتشر کنیم اما فقط در صورتی این کار را می‌کنیم که این کار تحت قانون کالیفرنیا مجاز باشد.
- ما باید PHI شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای Medicare بخش D شما، را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare برای تحقیق یا دیگر استفاده‌ها PHI شما را منتشر کند، این کار با توجه به قوانین فدرال انجام می‌شود. اگر هم پوشش Medicare و هم Medi-Cal را دارید، برای ارائه بهتر سرویس به شما و ارتقا مراقبت بهداشتی شما، ما ممکن است اطلاعات سلامتی شما را به Medi-Cal بدهیم. در صورتی که Medi-Cal اطلاعات شما را منتشر کند یا از اطلاعات شما استفاده کند، این کار طبق قوانین فدرال انجام می‌شود. در صورتی که به طور قانونی نیاز باشد، وقتی شرکای تجاری ما با ما همکاری می‌کنند، این شرکا باید از حریم خصوصی هر گونه PHI که ما با آن‌ها به اشتراک می‌گذاریم محافظت کنند و مجاز نیستند که PHI شما را به دیگران بدهند مگر اینکه این امر طبق قانون و این اطلاعیه مجاز باشد.
- هنگامی که این اطلاعات برای اهداف هماهنگی سرویس مراقبتی، نظارت بر برنامه یا اهداف نظارتی با Medi-Cal به اشتراک گذاشته می‌شود، شما همچنین این حق را دارید که از ما بخواهید برخی اطلاعات را به اشترک نگذاریم و درخواست گزارشی کنید که ما چه زمانی و با چه اشخاصی اطلاعات PHI شما را به اشتراک گذاشته‌ایم. برای جزئیات بیشتر درباره حقوق خود و مسئولیت‌های ما، لطفاً به اطلاعیه رویه‌های حریم خصوصی رجوع کنید.

C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی خود

- شما این حق را دارید که سوابق پزشکی خود را ببینید و نسخه‌ای از سوابق خود را دریافت کنید. طرح Alameda Alliance Wellness سوابق پزشکی ارائه‌دهنده شما را نگه نمی‌دارد. اگر می‌خواهید که کپی‌های سوابق بالینی خود را بررسی کنید یا آن‌ها را دریافت کنید، لطفاً مستقیماً با ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی خود تماس بگیرید. اگر در زمینه بررسی یا دریافت سوابق خود به کمک نیاز دارید، لطفاً با تماس با خدمات اعضا با شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) با ما تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
- شما این حق را دارید که بخواهید سوابق پزشکی شما به‌روز یا اصلاح شود. لطفاً برای انجام این کار مستقیماً با ارائه‌دهنده خود تماس بگیرید. اگر شما از ما بخواهید که این کار را انجام دهیم، ما با ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی شما همکاری می‌کنیم تا تعیین کنیم که آیا این تغییر باید انجام شود یا خیر.

- شما این حق را دارید که بدانید آیا ما PHI شما را با دیگران به اشتراک گذاشته‌ایم و چگونه این کار را کرده‌ایم.

اگر سوالی درباره حریم خصوصی PHI خود دارید، برای صحبت کردن با خدمات اعضا تماس بگیرید یا نسخه‌ای از اطلاعیه رویه‌های حریم خصوصی را درخواست کنید.

D. مسئولیت ما برای دادن اطلاعات به شما

شما به عنوان عضوی از طرح ما این حق را دارید که از ما درباره طرح ما، ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما و سرویس‌های تحت پوشش خود اطلاعات بگیرید.

اگر به زبان انگلیسی مسلط نیستید، ما سرویس مترجم شفاهی را برای پاسخ دادن به سوالات شما درباره طرح ما ارائه می‌دهیم. برای گرفتن مترجم شفاهی با خدمات اعضا تماس بگیرید. این سرویس برای شما رایگان است. شما می‌توانید مطالب مخصوص اعضا را به زبان‌های دیگر شامل اسپانیایی، چینی، ویتنامی، فارسی و تاگالوگ به رایگان دریافت کنید. ما همچنین می‌توانیم که اطلاعات را به صورت چاپ درشت، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهیم.

اگر شما درباره هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- چگونگی انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- طرح ما از جمله:
  - اطلاعات مالی
  - امتیازی که اعضای طرح به ما داده‌اند
  - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر اعضا
  - چگونگی رفتن از طرح ما
- ارائه‌دهندگان عضو شبکه و داروخانه‌های عضو شبکه ما از جمله:
  - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌دهنده‌های مراقبت اولیه
  - مدارک ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های عضو شبکه ما
  - نحوه پرداخت ما به ارائه‌دهندگان درون شبکه
- سرویس‌ها و داروهای تحت پوشش از جمله:
  - سرویس‌ها (به **فصل‌های 3 و 4** از این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) و داروهای (به **فصل‌های 5 و 6** از این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) تحت پوشش در طرح ما
  - محدودیت‌های پوشش و داروهای شما
  - قوانینی که باید برای دریافت سرویس‌ها و داروهای تحت پوشش رعایت کنید

- چرا چیزی تحت پوشش نیست و چه کاری می‌توانید برای این موضوع انجام دهید (به **فصل 9** از *دفترچه راهنمای اعضا* رجوع کنید) و نیز درخواست کردن از ما برای:
  - مکتوب کردن اینکه چرا چیزی تحت پوشش نیست
  - تغییر دادن تصمیمی که گرفته‌ایم
  - پرداخت صورت‌حسابی که شما دریافت کرده‌اید

E. ناتوانی ارائه‌دهندگان عضو شبکه برای صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما

پزشک‌ها، بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان درون شبکه ما نمی‌توانند شما را مجبور کنند که هزینه سرویس‌های تحت پوشش را پرداخت کنید. این ارائه‌دهندگان همچنین نمی‌توانند در صورتی که ما کمتر از میزانی که ارائه‌دهنده مطالبه کرده است پرداخت کنیم مابقی صورت‌حساب را از شما بخواهند یا مبلغ را از شما مطالبه کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره کارهایی که می‌توانید بکنید در صورتی که ارائه‌دهنده عضو شبکه بخواهد از شما برای سرویس‌های تحت پوشش مطالبه هزینه کند به **فصل 7** از این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

F. حق شما برای خارج شدن از برنامه ما

در صورتی که تمایل نداشته باشید، کسی نمی‌تواند شما را وادار به ماندن در طرح ما بکند.

- شما این حق را دارید که بیشتر سرویس‌های مراقبت بهداشتی خود را از طریق Original Medicare یا طرح دیگر Medicare Advantage (MA) دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای دارویی بخش D بیمه Medicare را از طرح دارویی یا از یک طرح MA دیگر بگیرید.
- به **فصل 10** از این دفترچه *راهنمای اعضا* برای این موارد مراجعه کنید:
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره زمانی که می‌توانید به طرح MA یا طرح مزایای دارویی جدید ملحق شوید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره چگونه دریافت مزایای Medi-Cal خود در صورت رفتن از طرح ما.

G. حق شما مبنی بر تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های بهداشتی خود

شما این حق را دارید که اطلاعات کامل را از پزشک‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی خود دریافت کنید تا به شما در زمینه تصمیم‌گیری درباره مراقبت بهداشتی‌تان کمک شود.

G1. حق شما مبنی بر دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌دهندگان شما باید عارضه شما و انتخاب‌های درمانی شما را به صورتی که برای شما قابل فهم باشد توضیح دهند. شما حق دارید که:

- **انتخاب‌های خود را بدانید.** شما حق دارید که از تمامی گزینه‌های درمانی مطلع شوید.
- **خطرات را بدانید.** شما حق دارید که از هر گونه خطری که وجود دارد مطلع شوید. ما باید از قبل به شما اطلاع دهیم که آیا هر گونه سرویس یا درمان بخشی از آزمایش تحقیقاتی محسوب می‌شود یا خیر. شما حق دارید که درمان‌های آزمایشی را رد کنید.
- **نظر ارائه‌دهنده دومی را بدانید.** شما حق دارید که قبل از تصمیم گرفتن درباره درمان به پزشک دیگری مراجعه کنید.
- **نه بگویید.** شما حق دارید که هر گونه درمانی را رد کنید. این مورد شامل حق ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگر می‌باشد حتی در صورتی که پزشک شما مخالف این موضوع باشد. شما حق دارید که داروی تجویز شده را مصرف نکنید. در صورتی که شما درمان را رد کنید یا داروی تجویز شده را مصرف نکنید، ما شما را از طرح خود اخراج نمی‌کنیم. با وجود این، اگر شما درمانی را رد کنید یا دارویی را مصرف نکنید، مسئولیت کامل اتفاقی که می‌افتد برعهده شما است.
- **از ما بپرسید که توضیح دهیم چرا ارائه‌دهنده‌ای سرویس مراقبتی را ارائه نکرده است.** شما این حق را دارید که در صورتی که ارائه‌دهنده‌ای سرویس مراقبتی را که شما معتقدید باید آن را دریافت می‌کردید ارائه نکرده است از ما توضیح بخواهید.
- **از ما بخواهید که سرویس یا دارویی را که ما ارائه نکردیم یا معمولاً پوشش نمی‌دهیم پوشش دهیم.** این درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی نام دارد. **فصل 9** از *دفترچه راهنمای اعضا* به شما اطلاع می‌دهد که چگونه به ما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش درخواست دهید.

G2. حق شما مبنی بر اینکه مشخص کنید در صورتی که شما نتوانید برای خودتان تصمیمات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی را بگیرید چه اتفاقی بیفتد

برخی اوقات افراد نمی‌توانند برای خودشان تصمیمات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی را بگیرند. قبل از اینکه شما در چنین شرایطی قرار بگیرید، شما می‌توانید:

- فرمی مکتوب را پر کنید تا در صورتی که نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید **به فردی این حق را بدهید که این فرد تصمیمات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی را برای شما بگیرد.**
- **به پزشک‌های خود دستورالعمل‌های کتبی** راجع به چگونگی رسیدگی به مراقبت بهداشتی خود در صورت ناتوانی در تصمیم‌گیری برای خودتان بدهید از جمله سرویس مراقبتی که شما **تمایلی به آن‌ها** ندارید.

سند حقوقی که از آن برای دادن دستورات خود استفاده می‌کنید «دستورالعمل قبلی» نام دارد. دستورالعمل‌های قبلی انواع مختلف و نام‌های متفاوتی دارد. نمونه‌ها شامل وصیت‌نامه زنده و وکالت‌نامه برای مراقبت‌های بهداشتی هستند.

شما ملزم به داشتن دستورالعمل‌های قبلی پزشکی نیستید، اما می‌توانید داشته باشید. شما اگر تمایل دارید که از دستورالعمل قبلی استفاده کنید باید:

- **فرم مربوطه را دریافت کنید.** شما می‌توانید این فرم را از پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه‌های لوازم اداری تهیه کنید. این فرم‌ها اغلب در داروخانه‌ها و مطب ارائه‌دهنده‌ها موجود است. شما

می‌توانید فرمی را به صورت آنلاین پیدا کنید و آن را دانلود کنید. همچنین می‌توانید برای درخواست فرم با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- **فرم را پر کنید و امضا کنید.** این فرم سندی حقوقی است. برای کامل کردن فرم می‌توانید از وکیل یا کسی که مورد اعتماد شما است مثل یکی از اعضای خانواده یا PCP خود کمک بگیرید.
- **نسخه‌ای از فرم را به افرادی بدهید که باید از محتوای فرم مطلع باشند.** نسخه‌ای از فرم را به پزشک خود بدهید. شما همچنین باید نسخه‌ای از فرم را به فردی که جهت تصمیم‌گیری برای خود در صورت ناتوان شدن در تصمیم‌گیری انتخاب کرده‌اید بدهید. همچنین می‌توانید این نسخه‌ها را در اختیار دوستان نزدیک یا اعضای خانواده قرار دهید. نسخه‌ای از فرم را در خانه بگذارید.
- در صورتی که قرار است بستری شوید و دستورالعمل قبلی امضا شده‌ای دارید **نسخه‌ای از آن را به بیمارستان ببرید.**
  - بیمارستان از شما می‌پرسد که آیا شما دستورالعمل قبلی امضا شده‌ای دارید و آیا این دستورالعمل را همراه خود دارید یا خیر.
  - در صورتی که شما فرم دستورالعمل قبلی امضا شده‌ای ندارید، این فرم‌ها در بیمارستان موجود است و بیمارستان از شما می‌پرسد که آیا تمایلی به امضای چنین فرمی دارید یا خیر.

شما حق دارید که:

- دستورالعمل قبلی خود را در سوابق پزشکی خود بگذارید.
- در هر زمانی دستورالعمل قبلی خود را تغییر دهید یا باطل کنید.
- از تغییرات قوانین مربوط به دستورالعمل قبلی مطلع شوید. طرح Alameda Alliance Wellness حداکثر ظرف 90 روز از تغییر به شما درباره تغییرات در قوانین ایالتی اطلاع می‌دهد.

بنا به قانون، هیچ‌کس نمی‌تواند بر اساس امضا کردن یا نکردن دستورالعمل قبلی به شما سرویس مراقبتی ارائه ندهد یا شما را مورد تبعیض قرار دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا دریافت فرم‌های رسمی وصایای پزشکی مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی کالیفرنیا، می‌توانید با دفتر ثبت وصایای پزشکی مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی کالیفرنیا (تحت مدیریت وزیر امور خارجه کالیفرنیا) به شماره 1.916.653.3984 تماس بگیرید.

G3. در صورتی که از دستورات شما پیروی نشود چه کاری می‌توانید بکنید

در صورتی که شما دستورالعمل قبلی را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستورات موجود در این دستورالعمل پیروی نکرده است می‌توانید نزد Commence Health (سازمان ارتقا کیفیت کالیفرنیا) با شماره 1.877.588.1123 (TTY: 711) شکایت کنید.

H. حق شما مبنی بر شکایت کردن و خواستن از ما برای تجدیدنظر در تصمیم‌های خود

فصل 9 از این *دفترچه راهنمای اعضا* به شما اطلاع می‌دهد که در صورتی که هرگونه مشکل یا نگرانی درباره سرویس‌ها یا سرویس‌های مراقبتی تحت پوشش خود دارید چه کاری می‌توانید بکنید. مثلاً شما می‌توانید از ما بخواهید که درباره پوشش‌دهی تصمیم بگیریم، برای تغییر تصمیم مرتبط با پوشش‌دهی درخواست تجدیدنظر بدهید یا شکایت کنید.

شما این حق را دارید که درباره تجدیدنظرها و شکایت‌هایی که دیگر اعضای طرح علیه ما ثبت کرده‌اند اطلاعات کسب کنید. برای کسب این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید.

H1. درباره رفتار غیرمنصفانه یا کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود چه کاری می‌توانید بکنید

اگر شما فکر می‌کنید که ما با شما غیرمنصفانه رفتار کردیم - که تنها به تبعیض با توجه به دلایل ذکر شده در **فصل 11** از *دفترچه راهنمای اعضا* محدود **نمی‌شود** - یا اگر تمایل دارید که اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود کسب کنید با توجه به اطلاعات زیر تماس بگیرید:

- خدمات اعضا.
- برنامه مشاوره بیمه سلامت و حمایت (HICAP) با شماره 1.800.434.0222. برای جزئیات بیشتر درباره HICAP به **فصل 2** مراجعه کنید (تلفن‌ها و منابع مهم)
- بازرس ویژه Medi-Cal با شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر درباره این برنامه به **فصل 2** مراجعه کنید (تلفن‌ها و منابع مهم)
- بیمه Medicare با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند. (شما همچنین می‌توانید سند «حقوق و حمایت‌های Medicare» را که در وب‌سایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf موجود است بخوانید یا دانلود کنید.)

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح

شما به عنوان عضوی از طرح مسئولیت دارید که کارهای زیر را انجام دهید. در صورتی که سوالی دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ***این دفترچه راهنمای اعضا*** را بخوانید تا از پوشش‌های طرح ما و قوانینی که باید برای دریافت سرویس‌ها و داروهای تحت پوشش دنبال شود مطلع شوید. برای جزئیات درباره:
  - سرویس‌های تحت پوشش به **فصل‌های 3 و 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. در این فصل‌ها به شما موارد تحت پوشش، موارد خارج از پوشش، قوانین که شما باید دنبال کنید و هزینه‌ای که می‌پردازید اطلاع داده می‌شود.
  - داروهای تحت پوشش به **فصل‌های 5 و 6** از این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **به ما درباره هر گونه پوشش بیمه سلامتی یا دارویی که دارید** اطلاع دهید. ما باید مطمئن شویم که شما وقتی مراقبت‌های بهداشتی را دریافت می‌کنید از تمامی گزینه‌های پوشش بیمه‌ای خود استفاده می‌کنید. در صورتی که پوشش دیگری دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- **به پزشک خود و دیگر ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی بگویید** که شما عضوی از طرح ما هستید. هنگام دریافت سرویس‌ها یا داروها کارت شناسایی اعضا را نشان دهید.
- **به پزشک‌های خود** و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی کمک کنید تا از بهترین مراقبت‌ها بهره‌مند شوید.
  - به پزشک‌های خود اطلاعاتی را که پزشکان درباره شما و وضعیت سلامتی شما نیاز دارند بدهید. تا حد ممکن درباره مشکلات سلامتی خود اطلاعات کسب کنید. از برنامه‌های درمانی و دستورالعمل‌هایی که مورد توافق شما و ارائه‌دهندگان شما است پیروی کنید.
  - مطمئن شوید که پزشک‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان شما از تمامی داروهایی که شما مصرف می‌کنید مطلع هستند. این مورد شامل داروها، داروهای بدون نیاز به نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌ها می‌شود.
  - هر گونه سوالی را که دارید بپرسید. پزشک‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان شما باید مطالب را به صورتی که برای شما قابل فهم باشد توضیح دهند. اگر سوالی پرسیدید و جواب را متوجه نشدید، دوباره سوال کنید.
- **با هماهنگ‌کننده مراقبت خود همکاری کنید** از جمله در تکمیل ارزیابی سالانه خطرات سلامتی.
- **با ملاحظه باشید.** ما انتظار داریم که همه اعضای طرح به حقوق دیگران احترام بگذارند. ما همچنین از شما انتظار داریم که در مطب پزشک خود، بیمارستان‌ها و دفتر دیگر ارائه‌دهنده‌ها محترمانه رفتار کنید.
- **مبلغی را که بدهکارید پرداخت کنید.** شما به عنوان عضوی از طرح مسئول این پرداخت‌ها هستید:
  - حق بیمه بخش A بیمه Medicare و بخش B بیمه Medicare. برای بیشتر اعضای Alameda Alliance Wellness، بیمه Medi-Cal حق بیمه بخش A بیمه Medicare و حق بیمه بخش B بیمه Medicare را پرداخت می‌کند.

- **در صورتی که شما سرویس‌ها یا داروهایی را دریافت می‌کنید که تحت پوشش طرح ما نیست باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید. (تذکر:** در صورتی که با تصمیم ما مبنی بر پوشش ندادن سرویس یا دارویی موافق نیستید می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. لطفاً برای آشنایی با چگونگی دادن درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** مراجعه کنید.)

- **در صورت تغییر محل زندگی به ما اطلاع دهید.** در صورتی که قصد دارید محل زندگی خود را تغییر دهید، فوراً به ما اطلاع دهید. با هماهنگ‌کننده سرویس‌های مراقبتی خود یا خدمات اعضا تماس بگیرید.

  - **در صورتی که شما به خارج از منطقه سرویس‌دهی ما بروید امکان ماندن در طرح ما برای شما وجود ندارد.** تنها افرادی که در منطقه سرویس‌دهی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1** از این*دفترچه راهنمای اعضا* به شما درباره محدوده سرویس‌دهی ما اطلاع می‌دهد.

  - ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا به خارج از محدوده سرویس‌دهی ما می‌روید یا خیر.

  - در صورت تغییر محل زندگی آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای شماره تماس‌های Medicare و Medi-Cal به **فصل 2** از این*دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید*.

  - **در صورت تغییر محل زندگی و ماندن در محدوده سرویس‌دهی، ما همچنان باید از این موضوع مطلع باشیم.** ما باید اسناد عضویت شما را بروز نگه‌داریم و بدانیم که چگونه می‌توانیم با شما تماس بگیریم.

  - **در صورت تغییر محل زندگی به سازمان تامین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی راه آهن) اطلاع دهید.**

- **در صورتی که شماره تلفن جدیدی دارید** یا راه بهتری برای تماس با شما هست به ما اطلاع دهید.

- **در صورتی که سوال یا** دغدغه‌ای **دارید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود یا خدمات اعضا تماس بگیرید.**

فصل 9: اگر مشکلی یا شکایتی دارید چکار باید بکنید (تصمیمات پوششی، درخواست‌های تجدیدنظر، شکایات)

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره حقوق شما است. این فصل را بخوانید تا بدانید چکار کنید اگر:

- با طرح ما مشکلی دارید یا می‌خواهید شکایت کنید.
- به خدمات، اقلام، یا دارویی نیاز دارید که طرح ما اعلام کرده هزینه‌اش را پرداخت نمی‌کند.
- با تصمیمی که طرح ما درباره مراقبت‌تان گرفته است مخالفید.
- فکر می‌کنید خدمات تحت پوشش شما قرار است زودتر از زمان صحیح پایان یابد.
- با خدمات و حمایت‌های مراقبت بلندمدت خود مشکلی دارید یا می‌خواهید شکایت کنید، که شامل خدمات مبتنی بر جامعه برای بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS) و خدمات مرکز پرستاری (Nursing Facility, NF) می‌شود.

این فصل به بخش‌های مختلف تقسیم شده است تا به راحتی بتوانید آنچه به‌دنبال آن هستید را پیدا کنید. **اگرنگرانی یا مشکلی دارید، آن قسمت‌هایی از این فصل را که به وضعیت شما مربوط می‌شود بخوانید.**

شما باید مراقبت‌های بهداشتی، داروها، خدمات و حمایت‌های مراقبت بلندمدتی را دریافت کنید که دکتر و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌تان آن را به عنوان بخشی از طرح مراقبت شما ضروری می‌دانند. **اگر در خصوص مراقبت خود مشکلی دارید، می‌توانید با برنامه بازرس Medicare Medi-Cal به شماره 855-501-3077 تماس بگیرید تا کمک دریافت کنید.** این فصل انواع گزینه‌ها را که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیح می‌دهد، اما شما همیشه می‌توانید با برنامه بازرس تماس بگیرید تا شما را در حل مشکل راهنمایی کند. جهت بررسی منابع بیشتر برای رسیدگی به نگرانی‌های خود و راه‌های تماس با آن‌ها، به **فصل 2** *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. اگر نگرانی یا مشکلی دارید چکار کنید 189
A1. درباره اصطلاحات حقوقی 189
B. کجا می‌توانید کمک بگیرید 189
B1. برای کسب اطلاعات و دریافت کمک بیشتر 189
C. آشنایی با شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما 191
D. مشکلات مربوط به مزایا 191

E. تصمیمات پوششی و درخواست‌های تجدیدنظر 192
E1. تصمیمات پوششی 192
E2. درخواست تجدیدنظر 192
E3. کمک در خصوص تصمیمات پوششی و درخواست‌های تجدیدنظر 193
E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند 194
F. مراقبت پزشکی 194
F1. استفاده از این بخش 195
F2. درخواست برای تصمیم پوششی 195
F3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1 198
F4. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2 201
F5. مشکلات پرداخت 206
G. داروهای Medicare بخش D 208
G1. تصمیمات پوشش و تجدیدنظر داروهای Medicare بخش D 208
G2. استثناهای Medicare بخش D 209
G3. موارد مهمی که باید هنگام درخواست استثنا بدانید: 210
G4. درخواست تصمیم پوششی، شامل استثنا 210
G5. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1 213
G6. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2 215
H. درخواست ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان 216
H1. آشنایی با حقوق خود در Medicare 217
H2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1 218
H3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2 219
I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی 220
I1. اطلاع پیش از پایان پوشش خدمات شما 220

I2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1 221
I3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2 222
J. پیش بردن تجدیدنظر فراتر از سطح 2 223
J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 223
J2. تجدیدنظرهای تکمیلی Medi-Cal 224
J3. سطوح 3، 4 و 5 تجدیدنظر برای درخواست داروهای Medicare بخش D 224
K. چگونه شکایت ثبت کنیم 226
K1. چه نوع مشکلاتی را می‌توان به‌عنوان شکایت مطرح کرد 226
K2. شکایت‌های داخلی 227
K3. شکایات خارجی 228

A. اگر نگرانی یا مشکلی دارید چکار کنید

این فصل توضیح می‌دهد چگونه به مشکلات و نگرانی‌ها رسیدگی کنید. روندی که شما استفاده می‌کنید، به نوع مشکل‌تان بستگی دارد. برای **تصمیمات پوششی و درخواست‌های تجدیدنظر یک روند وجود دارد** و برای **ثبت شکایات** (که «اعتراض» هم نامیده می‌شود) روند دیگری در نظر گرفته می‌شود.

برای اطمینان از انصاف و سرعت، هر روند مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌هایی دارد که ما و شما باید از آن‌ها پیروی کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل برای برخی قوانین و مهلت‌ها، اصطلاحات حقوقی وجود دارد. بسیاری از این اصطلاحات ممکن است سخت باشند، بنابراین ما در صورت امکان از کلمات ساده‌تر به جای برخی اصطلاحات حقوقی استفاده می‌کنیم. ما تا حد امکان کمتر از مخفف‌ها استفاده می‌کنیم.

برای نمونه، ما می‌گوییم:

- «ثبت شکایت» به جای «تنظیم شکواییه»
- «تصمیم پوششی» به جای «تعیین سازمانی»، «تعیین مزایا»، «تعیین در معرض خطر بودن»، یا «تعیین پوشش»
- «تصمیم سریع درباره پوشش» به جای «اتخاذ تصمیم تعجیلی»
- «سازمان بازبینی مستقل» (Independent Review Organization, IRO) به جای «نهاد بازبینی مستقل» (Independent Review Entity, IRE)

آشنایی با اصطلاحات حقوقی صحیح می‌تواند به شما کمک کند روشن‌تر ارتباط برقرار کنید، بنابراین ما آن‌ها را نیز در این فصل ارائه می‌دهیم.

B. کجا می‌توانید کمک بگیرید

B1. برای کسب اطلاعات و دریافت کمک بیشتر

گاهی شروع کردن یا دنبال کردن روند رسیدگی به یک مشکل گیج‌کننده است. این موضوع به‌ویژه زمانی صدق می‌کند که حال‌تان خوب نیست یا انرژی محدودی دارید. در مواقع دیگر، ممکن است اطلاعات لازم برای برداشتن گام بعدی را نداشته باشید.

کمک از طرف طرح ما

از طریق شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) می‌توانید با طرح ما تماس بگیرید. کاربران TTY برای دریافت کمک درزمینه مشکلات یا دریافت پاسخ به سؤالات خود می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

کمک از طرف برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت

شما می‌توانید با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. می‌توانید به وب‌سایت آن‌ها در نشانی www.lashicap.org نیز مراجعه کنید. مشاوران HICAP می‌توانند به پرسش‌های شما پاسخ دهند و کمک کنند بفهمید چه کاری باید درباره مشکل‌تان انجام دهید. HICAP به ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت دیگری وابسته نیست. HICAP در هر کانتی مشاوران آموزش‌دیده دارد و خدمات آن رایگان است. شماره تلفن HICAP به قرار زیر است: 1-800-434-0222

کمک از طرف برنامه بازرس Medicare Medi-Cal

شما می‌توانید با برنامه بازرس Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و با یک مشاور درباره پرسش‌های خود پیرامون پوشش سلامت صحبت کنید. ممکن است آن‌ها بتوانند کمک حقوقی رایگان ارائه دهند. برنامه بازرس به ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت دیگری وابسته نیست. شماره تلفن آن‌ها 855-501-3077 است و وب‌سایت‌شان www.healthconsumer.org می‌باشد.

کمک و اطلاعات از Medicare

برای کسب اطلاعات و دریافت کمک بیشتر، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. دو روش برای دریافت کمک از Medicare وجود دارد:

- با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وب‌سایت Medicare به نشانی www.medicare.gov مراجعه کنید.

کمک از طرف اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا

اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (Department of Health Care Services, DHCS) کالیفرنیا یک «بازرس مراقبت‌های مدیریت‌شده» برای Medi-Cal دارد که می‌تواند کمک کند. آن‌ها می‌توانند در صورتی که در پیوستن، تغییر یا ترک یک طرح سلامت مشکل دارید، به شما کمک کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند در صورتی که نقل مکان کرده‌اید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدیدتان مشکل دارید، به شما کمک کنند. شما می‌توانید از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، با بازرس به شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

کمک از طرف سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا

می‌توانید برای دریافت کمک رایگان با سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (Department of Managed Health Care, DMHC) کالیفرنیا تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر طرح‌های سلامت است. DMHC به افراد در زمینه درخواست‌های تجدیدنظر درباره خدمات Medi-Cal یا مشکلات مربوط به صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن آن 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا، یا دارای اختلال گفتاری هستند می‌توانند از خط رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC به نشانی www.dmhc.ca.gov مراجعه کنید.

«سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ» کالیفرنیا مسئول تنظیم طرح‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. اگر شکایتی علیه طرح سلامت خود دارید، پیش از آن‌که با اداره تماس بگیرید، باید ابتدا با طرح سلامت خود به شماره **A-DSNP 1-888-88 (1-888-882-3767)** تماس بگیرید و از روند شکایت طرح سلامت خود استفاده کنید. اقدام بر طبق این رویه تنظیم شکایت،

هیچ‌یک از حقوق قانونی یا روش‌های دادخواهی ممکن را از شما سلب نمی‌کند. اگر در خصوص در خصوص شکایتی با وضعیت اورژانسی، شکایتی که به طور رضایت بخشی توسط طرح بهداشتی شما رسیدگی نشده است، یا شکایتی که ظرف 30 روز به آن رسیدگی نشده است، نیاز به کمک داشته باشید، می‌توانید برای دریافت کمک با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بازبینی پزشکی مستقل (Independent Medical Review, IMR) باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، در مراحل IMR یک بررسی جزئی از تصمیم گیری‌های پزشکی توسط طرح سلامت در رابطه با ضرورت ارائه خدمات یا درمان‌ها، تصمیم گیری‌های مربوط به پوشش دهی برای موارد درمانی تجربی یا تحقیقاتی، و بحث درباره پرداخت برای شرایط اورژانسی یا خدمات فوریتی، انجام می‌گیرد. اداره همچنین یک شماره تلفن رایگان (**1-888-466-2219**) و یک خط TDD (**1-877-688-9891**) برای افراد دارای مشکلات شنوایی و گفتاری دارد. وب‌سایت اینترنتی اداره به نشانی **www.dmhc.ca.gov** دارای فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

C. آشنایی با شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات این فصل برای همه مزایای مراقبت مدیریت‌شده Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شود. گاهی به آن «فرآیند یکپارچه» گفته می‌شود زیرا روندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات روندهای Medicare و Medi-Cal را نمی‌توان با هم ترکیب کرد. در چنین موقعیت‌هایی، شما از یک روند برای مزایای Medicare و روندی دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. **بخش F4** این موقعیت‌ها را توضیح می‌دهد.

D. مشکلات مربوط به مزایا

اگرنگرانی یا مشکلی دارید، آن قسمت‌هایی از این فصل را که به وضعیت شما مربوط می‌شود بخوانید. جدول زیر به شما کمک می‌کند بخش درست این فصل را در خصوص مشکلات یا شکایات خود پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا یا پوشش است؟	
این شامل مشکلاتی درباره اینکه آیا خدمات پزشکی مشخصی (اقلام، خدمات، و/یا داروهای بخش B) تحت پوشش هستند یا نه، نحوه پوشش آن‌ها، و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی می‌شود.	
بله. مشکل من درباره مزایا یا پوشش است. به **بخش E**، «تصمیمات پوششی و درخواست‌های تجدیدنظر» مراجعه کنید.	**خیر.** مشکل من درباره مزایا یا پوشش نیست. به **بخش K** تحت عنوان «چگونه شکایت ثبت کنیم» مراجعه کنید.

E. تصمیمات پوششی و درخواست‌های تجدیدنظر

روند درخواست تصمیم پوششی و ارائه درخواست تجدیدنظر به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش مراقبت پزشکی شما (خدمات، اقلام و داروهای بخش B، ازجمله پرداخت هزینه) می‌پردازد. برای ساده نگه داشتن مطالب، ما معمولاً به اقلام، خدمات پزشکی و داروهای بخش B با عنوان «مراقبت پزشکی» اشاره می‌کنیم. از فرایند تصمیم‌گیری درباره پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر برای طرح مسائلی از قبیل اینکه موردی تحت پوشش است یا خیر و نحوه پوشش دهی آن استفاده می‌کنید.

E1. تصمیمات پوششی

تصمیم پوششی تصمیمی است که ما درباره مزایا و پوشش شما یا درباره مبلغی که برای خدمات یا داروهای پزشکی شما پرداخت می‌کنیم، می‌گیریم. شما یا دکترتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم پوششی کنید. شما یا دکترتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما یک خدمت پزشکی خاص را پوشش می‌دهیم یا خیر، یا اینکه ممکن است مراقبتی را که فکر می‌کنید لازم دارید، ارائه نکنیم. **پیش از دریافت یک خدمت پزشکی، اگر می‌خواهید بدانید آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید یک تصمیم پوششی برای شما اتخاذ کنیم.**

ما هنگام بررسی یک درخواست خدمت یا مطالبه، تصمیم پوششی می‌گیریم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک خدمت یا دارو تحت پوشش نیست یا دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal برای شما قرار ندارد. اگر با این تصمیم پوششی مخالفید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

E2. درخواست تجدیدنظر

اگر ما تصمیم پوششی بگیریم و شما از این تصمیم راضی نباشید، می‌توانید در خصوص آن درخواست تجدیدنظر کنید. درخواست تجدیدنظر راه رسمی برای درخواست بازبینی و تغییر یک تصمیم پوشش استی که ما گرفته‌ایم.

وقتی برای اولین بار درخواست تجدیدنظر می‌کنید، آن را «تجدیدنظر سطح 1» می‌نامند. در این تجدیدنظر، ما تصمیم پوششی گرفته‌شده را بازبینی می‌کنیم تا بررسی کنیم که آیا همه قوانین را به‌درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بررسی تجدیدنظر توسط افرادی انجام می‌شود که با تصمیم اولیه نامطلوب قبلی ارتباطی ندارند.

در بیشتر موارد، باید تجدیدنظر خود را از سطح 1 آغاز کنید. اگر مشکل سلامتی شما فوری است یا تهدیدی جدی و فوری برای سلامتی شما وجود دارد، یا اگر درد شدید دارید و به تصمیم سریع‌تری نیاز دارید، می‌توانید از سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ در وب‌سایت www.dmhc.ca.gov درخواست بازبینی پزشکی (IMR) کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

وقتی بازبینی را کامل کنیم، تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل توصیف شده است، به **بخش F2** مراجعه کنید. می‌توانید درخواست یک «تصمیم پوششی سریع» یا «تجدیدنظر سریع» کنید.

اگر **ما** به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ منفی بدهیم، یک نامه برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما درباره پوشش مراقبت پزشکی Medicare باشد، طی نامه به شما اطلاع می‌دهیم که ما پرونده شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به «سازمان بازبینی مستقل (IRO)» ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما درباره پوشش Medicare بخش D یا خدمات یا اقلام Medicaid باشد، طی نامه به شما اطلاع می‌دهیم که چگونه می‌توانید خودتان یک تجدیدنظر سطح 2 ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 2، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 راضی نباشید، ممکن است بتوانید از مراحل تکمیلی تجدیدنظر استفاده کنید.

E3. کمک در خصوص تصمیمات پوششی و درخواست‌های تجدیدنظر

شما می‌توانید از هریک از منابع زیر کمک بگیرید:

- **خدمات اعضا** به شماره‌های پایین صفحه.
- **برنامه بازرس Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077.**
- **برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program، HICAP) به شماره** 1-800-434-0222.
- **مرکز راهنمایی سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC)** برای کمک رایگان. DMHC به افراد در زمینه درخواست‌های تجدیدنظر درباره خدمات Medi-Cal یا مشکلات مربوط به صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن آن 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا، یا دارای اختلال گفتاری هستند می‌توانند از خط رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت DMHC به نشانی www.dmhc.ca.gov مراجعه کنید. در حالی که DMHC می‌تواند به افراد در برنامه‌های Managed Medi-Cal کمک کند، نمی‌تواند به افرادی که فقط در برنامه‌های Medicare هستند یا در سیستم‌های بهداشتی سازمان‌یافته کانتی (County Organized Health Systems, COHS) زیر هستند کمک کند: Partnership Health Plan، Gold Coast Health Plan، CenCal Health، Central California Alliance for Health، و CalOptima. دولت فدرال بر Medicare و اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی بر برنامه‌های COHS نظارت می‌کند.
- **دکتر یا ارائه‌دهنده خدمات شما**. دکتر یا ارائه‌دهنده شما می‌تواند از طرف شما درخواست تصمیم پوششی یا تجدیدنظر کند.
- **دوست یا عضو خانواده**. می‌توانید شخص دیگری را به عنوان «نماینده» خود تعیین کنید تا درخواست تصمیم پوششی یا تجدیدنظر را انجام دهد.

- **وکیل**. شما حق داشتن وکیل دارید، اما برای درخواست تصمیم پوششی یا تجدیدنظر **مجبور به داشتن وکیل نیستید**.
  - می‌توانید با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیل را از کانون وکلا یا خدمات معرفی محلی دریافت کنید. اگر واجد شرایط باشید، برخی گروه‌های حقوقی خدمات حقوقی رایگان ارائه می‌دهند.
  - می‌توانید ازطریق تماس با برنامه بازرس Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 درخواست وکیل حقوقی کنید.

اگر می‌خواهید وکیل یا شخص دیگری به عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به فرد اجازه می‌دهد از طرف شما اقدام کند.

با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید این فرم را با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf دریافت کنید. **شما باید یک نسخه امضاشده از فرم را به ما ارائه دهید.**

E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار وضعیت مرتبط با تصمیمات پوششی و درخواست‌های تجدیدنظر وجود دارد. هر وضعیت قوانین و مهلت‌های متفاوتی دارد. جزئیات هر وضعیت در بخش‌های جداگانه‌ای از این فصل ارائه شده است. به بخشی که مربوط به شما می‌شود مراجعه کنید:

- **بخش F:**«مراقبت پزشکی»
- **بخش G:**«داروهای Medicare بخش D»
- **بخش H:**«درخواست برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان»
- **بخش I:**«درخواست برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی» (این بخش فقط شامل خدمات زیر است: مراقبت در منزل، مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی، و خدمات جامع توان‌بخشی سرپایی ([Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

اگر مطمئن نیستید به کدام بخش باید مراجعه کنید، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

F. مراقبت پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر در دریافت پوشش مراقبت پزشکی مشکلی دارید یا می‌خواهید هزینه سهم ما از مراقبت‌تان بازپرداخت شود، چکار باید انجام دهید. برای کسب اطلاعات درباره درخواست بستری طولانی‌تر در بیمارستان، لطفاً به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش درباره مزایای شما برای مراقبت پزشکی است که در **فصل 4** از این *دفترچه راهنمای اعضا* در جدول مزایا توضیح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای داروهای Medicare بخش B اعمال شود. زمانی که این تفاوت وجود دارد، ما توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین داروهای Medicare بخش D با قوانین خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که در هریک از وضعیت‌های زیر چکار می‌توانید انجام دهید:

1. شما فکر می‌کنید ما مراقبت پزشکی مورد نیازتان را پوشش می‌دهیم، اما هنوز آن را دریافت نکرده‌اید.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید از ما بخواهید تصمیم پوششی بگیریم. به **بخش F2 مراجعه کنید**.

2. ما مراقبت پزشکی را که دکتر یا ارائه‌دهنده سلامت شما می‌خواهد به شما ارائه دهد تأیید نکردیم و شما فکر می‌کنید باید تأیید می‌کردیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید در خصوص تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F3 مراجعه کنید**.

3. شما مراقبت پزشکی دریافت کردید که فکر می‌کنید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما ما پرداخت نمی‌کنیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما برای عدم پرداخت درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F5 مراجعه کنید.**

4. شما مراقبت پزشکی را دریافت و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید و فکر می‌کنید ما باید آن را بازپرداخت کنیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما بخواهید بازپرداخت انجام دهیم. به **بخش F5 مراجعه کنید.**

5. ما پوشش شما را برای برخی مراقبت‌های پزشکی کاهش داده‌ایم یا متوقف کرده‌ایم و شما فکر می‌کنید تصمیم ما ممکن است به سلامت شما آسیب برساند.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما برای کاهش یا توقف مراقبت پزشکی، درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F4 مراجعه کنید.**

   - اگر پوشش مربوط به مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت در منزل، مراکز پرستاری تخصصی، یا خدمات CORF باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش H یا بخش I** مراجعه کنید.
   - در خصوص سایر موقعیت‌هایی که شامل کاهش یا توقف پوشش برای برخی مراقبت‌های پزشکی است، از این بخش **(بخشF)** به عنوان راهنما استفاده کنید.

6. شما با تأخیر در دریافت مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید دکتر پیدا کنید.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید شکایت ثبت کنید. به **بخش K2 مراجعه کنید.**

F2. درخواست برای تصمیم پوششی

> وقتی تصمیم پوششی مربوط به مراقبت پزشکی شما باشد، آن را **تصمیم سازمانی یکپارچه** می‌نامند.

شما، دکترتان، یا نماینده شما می‌توانید از طریق زیر از ما درخواست تصمیم پوششی کنید:

- تماس تلفنی: 1-855-891-9161، TTY: 1-800-735-2929
- فکس: 1-855-891-7174
- نامه‌نگاری: Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

تصمیم پوششی استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما ارائه می‌دهیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم؛ مگر اینکه موافقت کنیم از مهلت‌های «سریع» استفاده کنیم. تصمیم پوششی استاندارد یعنی ما پاسخ خود را در مدت‌زمان زیر ارائه می‌دهیم:

- **پنج روز کاری**، حداکثر **هفت روز کاری** پس از دریافت درخواست شما **برای خدمات یا اقلام پزشکی که مشمول قوانین مجوز قبلی ما است.**
- **پنج روز کاری**و **حداکثر 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما **برای همه خدمات یا اقلام پزشکی دیگر.**
- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای **داروی Medicare بخش B.**

برای یک مورد یا خدمت پزشکی، اگر تقاضای زمانی بیشتری کنیم یا به اطلاعات بیشتری (نظیر پرونده‌های پزشکی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه)نیاز داشته باشیم که ممکن است به‌نفع شما باشد، **ممکن است این فرایند تا 14 روز تقویمی دیگر زمان ببرد**. اگر تصمیم‌گیری ما چند روز بیشتر طول بکشد، این موضوع را به‌صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم. **اگر درخواست شما برای داروی Medicare بخش B باشد، نمی‌توانیم تصمیم را چند روز به تأخیر بیندازیم.**

اگر فکر می‌کنید **نباید** این چند روز صبر کنیم، می‌توانید «شکایت سریع» درباره تصمیم ما مبنی بر استفاده از زمان اضافی طرح کنید. هنگامی که شما درخواست شکایت سریع می‌دهید، کمتر از 24 ساعت جواب شکایت شما را خواهیم داد. فرایند طرح شکایت با فرایند تصمیم‌گیری درباره پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر فرق دارد. برای کسب اطلاعات درباره طرح شکایت، شامل شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

تصمیم پوششی سریع

> اصطلاح حقوقی برای تصمیم پوششی سریع، **تصمیم‌گیری تعجیلی** است.

وقتی از ما می‌خواهید برای مراقبت پزشکی شما که نیاز به پاسخ سریع دارد تصمیم پوشش بگیریم، از ما بخواهید یک تصمیم پوششی سریع صادر کنیم. تصمیم پوششی سریع یعنی ما پاسخ را حدود بازه‌های زمانی زیر ارائه می‌دهیم:

- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای خدمات یا اقلام پزشکی.**
- **24 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای داروی Medicare بخش B.**

برای یک مورد یا خدمت پزشکی، اگر تقاضای زمانی بیشتری کنیم یا به اطلاعات بیشتری (نظیر پرونده‌های پزشکی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه)نیاز داشته باشیم که ممکن است به‌نفع شما باشد، **ممکن است این فرایند تا 14 روز تقویمی دیگر زمان ببرد**. اگر تصمیم‌گیری ما چند روز بیشتر طول بکشد، این موضوع را به‌صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم.
اگر درخواست شما برای داروی Medicare بخش B باشد، نمی‌توانیم تصمیم را چند روز به تأخیر بیندازیم.

اگر فکر می‌کنید **نباید** این چند روز صبر کنیم، می‌توانید «شکایت سریع» درباره تصمیم ما مبنی بر استفاده از زمان اضافی طرح کنید. هنگامی که شما درخواست شکایت سریع می‌دهید، کمتر از 24 ساعت جواب شکایت شما را خواهیم داد. فرایند طرح شکایت با فرایند تصمیم‌گیری درباره پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر فرق دارد. برای کسب اطلاعات درباره طرح شکایت، شامل شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید. به‌محض تصمیم‌گیری، شما را در جریان قرار خواهیم داد.

برای دریافت تصمیم پوششی سریع، باید دو شرط را داشته باشید:

- شما درخواست پوشش برای اقلام و/یا خدمات پزشکی دارید که هنوز **دریافت**نکرده‌اید. شما نمی‌توانید درخواست تصمیم پوششی سریع برای پرداخت اقلام یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید داشته باشید.
- استفاده از مهلت‌های استاندارد **ممکن است به سلامت شما آسیب جدی** وارد کند یا توانایی عملکرد شما را کاهش دهد.

اگر پزشک شما تشخیص دهد که وضعیت سلامتی‌تان در خطر است، ما به طور خودکار تصمیم پوششی سریع را برای شما اتخاذ می‌کنیم. اگر بدون حمایت دکتر درخواست دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا شما مشمول دریافت تصمیم پوششی سریع هستید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که سلامت شما شرایط لازم برای تصمیم پوششی سریع را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌نماییم و از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. نامه شامل این اطلاعات است:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار تصمیم پوششی سریع را برای شما صادر می‌کنیم.
  - چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر ارائه تصمیم پوششی استاندارد به جای تصمیم پوششی سریع، یک «شکایت سریع» ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ثبت شکایت، شامل شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر ما به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر پاسخ ما **منفی**بود، حق دارید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر راه رسمی برای درخواست بازبینی و تغییر تصمیم ما است.
- اگر تصمیم به ارائه درخواست تجدیدنظر بگیرید، وارد سطح 1 فرآیند تجدیدنظر می‌شوید (به **بخش F3** مراجعه کنید).

در شرایط محدود، ممکن است درخواست شما برای تصمیم پوششی رد شود، به این معنی که ما درخواست را بررسی نمی‌کنیم. نمونه‌هایی از مواردی که درخواست رد می‌شود عبارتند از:

- وقتی درخواست ناقص باشد،

- وقتی کسی درخواست را از طرف شما انجام دهد اما به‌طور قانونی مجاز نباشد، **یا**
- وقتی درخواست خود را پس بگیرید.

اگر درخواست شما برای تصمیم پوششی رد شود، ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که توضیح می‌دهد چرا درخواست رد شده است و چگونه می‌توانید درخواست بازبینی برای رد شدن آن ارائه دهید. این بازبینی، «تجدیدنظر» نامیده می‌شود. تجدیدنظرها در بخش بعدی توضیح داده شده‌اند.

F3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

برای شروع تجدیدنظر درباره مورد یا خدمت ردشده، یا ادامه یافتن خدمت یا موردی که از قبل دریافت می‌کردید، شما، دکترتان، یا نماینده قانونی شما باید با ما تماس بگیرید. با شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا سریع را به صورت کتبی یا تلفنی ارائه دهید: 1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767). کاربران TTY می‌توانند با 1.800.735.2929 تماس بگیرند.

- اگر دکتر یا ارائه‌دهنده دیگری درخواست کند که خدمات یا اقلامی که در حال دریافت آن‌ها هستید در طول فرآیند تجدیدنظر ادامه یابد، ممکن است لازم باشد آن‌ها را به‌عنوان نماینده خود تعیین کنید تا از طرف شما اقدام کنند.
- اگر کسی غیر از دکتر شما تجدیدنظر را انجام می‌دهد، فرم «انتصاب نماینده» را همراه درخواست ارائه دهید تا این فرد اجازه وکالت شما را داشته باشد. می‌توانید فرم را از این لینک دریافت کنید: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
- ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که فرم را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را قبل از مهلت تصمیم‌گیری درباره تجدیدنظر دریافت نکنیم:
  - درخواست شما رد می‌شود، و
  - نامه‌ای به شما ارسال می‌کنیم که حق شما برای درخواست از IRO جهت بازبینی تصمیم ما مبنی بر رد درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.
- شما باید درخواست تجدیدنظر را ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ نامه‌ای که تصمیم ما در آن اعلام شده است، ارائه دهید.
- اگر مهلت را از دست دادید و دلیل موجهی دارید، ممکن است زمان بیشتری برای ارائه تجدیدنظر به شما داده شود. نمونه دلایل موجه عبارت است از بیماری جدی یا دریافت اطلاعات نادرست درباره مهلت. دلیل تأخیر در ارائه تجدیدنظر را هنگام ثبت آن توضیح دهید.
- شما حق دارید از ما یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و دکترتان همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری در حمایت از درخواست تجدیدنظرتان ارائه دهید.

اگر سلامت شما ایجاب می‌کند، درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

> اصطلاح حقوقی برای «تجدیدنظر سریع» **«تجدیدنظر تعجیلی»** است.

- اگر شما درباره تصمیم ما در مورد پوشش خدمات مراقبتی درخواست تجدیدنظر داشته باشید، شما و/یا دکترتان می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

اگر پزشک شما تشخیص دهد که وضعیت سلامتی شما در خطر است، ما به طور خودکار درخواست تجدیدنظر سریع برای شما ارسال می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا درخواست تجدیدنظر سریع به شما تعلق می‌گیرد یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که سلامت شما شرایط لازم برای تجدیدنظر سریع را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌نماییم و از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. نامه شامل این اطلاعات است:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار درخواست تجدیدنظر سریع را برای شما ارسال می‌کنیم.
  - چگونه می‌توانید درباره تصمیم ما مبنی بر تخصیص تجدیدنظر استاندارد به جای تجدیدنظر سریع، شکایت سریع ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ثبت شکایت، شامل شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر ما تصمیم به توقف یا کاهش خدمات یا اقلامی که دریافت می‌کنید بگیریم، ممکن است همچنان بتوانید این خدمات یا اقلام را در طول فرآیند تجدیدنظر دریافت کنید.

- اگر تصمیم به تغییر یا توقف پوشش برای خدمات یا اقلام دارید، قبل از اقدام، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ثبت کنید.
- اگر ظرف ده روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه ما یا تا تاریخ لازم‌الاجرا شدن اقدام، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 دهید، ما به پوشش خدمات یا اقلام ادامه خواهیم داد.
  - اگر این مهلت را رعایت کنید، طی مدتی که درخواست تجدیدنظرسطح 1 شما در حال بررسی است، خدمات یا اقلام را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
  - همچنین همه خدمات یا اقلام دیگر (که موضوع تجدیدنظر شما نیستند) بدون تغییر ارائه می‌شوند.
  - اگر قبل از این تاریخ‌ها تجدیدنظر نکنید، خدمات یا اقلام شما در طول انتظار برای تصمیم تجدیدنظر ادامه نخواهد یافت.

ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و پاسخ خود را ارائه می‌دهیم.

- هنگام بررسی تجدیدنظر، تمام اطلاعات مربوط به درخواست پوشش مراقبت پزشکی شما با دقت بررسی می‌شود.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا در زمان ارائه **«جواب منفی»** به درخواست شما همه قوانین رعایت شده‌اند یا خیر.

- در صورت نیاز، اطلاعات بیشتری جمع‌آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا دکترتان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

برای تجدیدنظر سریع، مهلت‌های خاصی وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را **ظرف 72 ساعت پس از دریافت تجدیدنظر شما ارائه دهیم، یا حتی زودتر اگر وضعیت سلامت شما نیاز به پاسخ سریع‌تری داشته باشد.** اگر درخواست تجدیدنظر فوری شما را رد کنیم، تأییدیه شفاهی به شما، پزشک، تجویزکننده یا نماینده‌تان ارائه می‌کنیم.
  - اگر ظرف 72 ساعت پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. هنگامی که درخواست تجدیدنظرتان به دست IRO برسد، این موضوع را به‌صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهد. در ادامه این فصل، درباره این سازمان توضیح داده و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را شرح می‌دهیم. اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، می‌توانید خودتان پس از اتمام مهلت، درخواست تجدیدنظر سطح 2 – جلسه رسیدگی ایالتی ثبت کنید. در کالیفرنیا به این جلسهٔ استماع، «جلسه رسیدگی ایالتی» گفته می‌شود. برای ثبت درخواست جلسه رسیدگی ایالتی، در صورت لزوم به بخش مربوط در این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

- **اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن جواب مثبت بدهیم،** باید پوشش مورد توافق را ظرف 72 ساعت یا زودتر، اگر سلامت شما ایجاب کند، پس از دریافت تجدیدنظر شما فراهم یا تأیید کنیم.

- **اگر ما به بخشی از درخواست شما یا کل آن جواب منفی بدهیم، درخواست تجدیدنظر** شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال می‌کنیم.

برای درخواست تجدیدنظر استاندارد، مهلت‌هایی وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت تجدیدنظر شما برای خدماتی که دریافت نکرده‌اید ارائه دهیم.

- اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B است که دریافت نکرده‌اید، پاسخ را **ظرف هفت روز تقویمی** یا زودتر، اگر سلامت شما ایجاب کند، پس از دریافت تجدیدنظر ارائه می‌دهیم.
  - اگر تا مهلت مقرر به شما پاسخی ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان توضیح داده و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را شرح می‌دهیم. اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، می‌توانید خودتان پس از اتمام مهلت، درخواست تجدیدنظر سطح 2 – جلسه رسیدگی ایالتی ثبت کنید. در کالیفرنیا به این جلسهٔ استماع، «جلسه رسیدگی ایالتی» گفته می‌شود. برای ثبت درخواست جلسه رسیدگی ایالتی، در صورت لزوم به بخش مربوط در این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن جواب مثبت داده شود، باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر یا سریع‌تر، اگر وضعیت سلامت شما نیاز به اقدام فوری داشته باشد، پوشش مورد توافق را فراهم کنیم؛ در این صورت ظرف 72 ساعت پس از تغییر تصمیم ما یا، در مورد داروی Medicare بخش B، ظرف هفت روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر، پوشش ارائه می‌شود.

اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن جواب منفی بدهیم، شما از **حقوق تجدیدنظر بیشتری برخوردار می‌شوید:**

- **اگر** به بخشی از درخواست شما یا کل آن جواب منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، نامه به شما اطلاع می‌دهد که پرونده شما برای تجدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال شده است.
- اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، نامه توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید خودتان تجدیدنظر سطح 2 ثبت کنید.

F4. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به بخشی ازدرخواست شما یا کل آن در تجدیدنظر سطح 1 جواب منفی داده شود، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولاً Medicare، Medi-Cal یا هر دو برنامه آن خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند یا خیر.

- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی باشد که معمولاً توسط **Medicare** پوشش داده می‌شود، پرونده شما به محض تکمیل تجدیدنظر سطح 1 به‌طور خودکار به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌شود.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی باشد که معمولاً توسط **Medi-Cal** پوشش داده می‌شود، می‌توانید خودتان درخوست تجدیدنظر سطح 2 ثبت کنید. نامه به شما توضیح می‌دهد که چگونه این کار را انجام دهید. همچنین اطلاعات بیشتری در ادامه این فصل ارائه کرده‌ایم.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی باشد که ممکن است **هم توسط Medicare و هم Medi-Cal** پوشش داده شود، شما به طور خودکار وارد مرحله تجدیدنظر سطح 2 می‌شوید که توسط IRO بررسی می‌شود. علاوه بر تجدیدنظر خودکار سطح 2، شما می‌توانید از ایالت درخواست جلسه رسیدگی ایالتی و «بازنگری پزشکی مستقل» نیز داشته باشید. با این حال، در صورتی که قبلاً در یک جلسه رسیدگی ایالتی شواهد ارائه داده باشید، استفاده از بازنگری پزشکی مستقل امکان‌پذیر نیست.

اگر هنگام ثبت تجدیدنظر سطح 1 واجد شرایط ادامه مزایا بوده‌اید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروی در حال تجدیدنظر ممکن است در طول تجدیدنظر سطح 2 نیز ادامه یابد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ادامه مزایا در طول تجدیدنظر سطح 1، به **بخش F3** مراجعه کنید.

- اگر مشکل شما مربوط به خدماتی باشد که معمولاً فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات در طول فرآیند تجدیدنظر سطح 2 با IRO ادامه نمی‌یابد.
- اگر مشکل شما مربوط به خدماتی باشد که معمولاً فقط توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شود، در صورتی که تجدیدنظر سطح 2 را ظرف ده روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ثبت کنید، مزایای شما برای آن خدمات ادامه می‌یابد.

زمانی که مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً Medicare پوشش می‌دهد:

IRO تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده است.

> نام رسمی سازمان بررسی مستقل (IRO)، **نهاد بررسی مستقل** است، که گاهی اوقات به آن **IRE** گفته می‌شود.

- این سازمان با ما ارتباط ندارد و یک نهاد دولتی نیست. Medicare این شرکت را به عنوان IRO انتخاب کرده و بر عملکرد آن نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما (پرونده شما) را به این سازمان می‌فرستیم. شما حق دارید یک نسخه رایگان از پرونده خود دریافت کنید.
- شما حق دارید برای حمایت از تجدیدنظر خود، اطلاعات تکمیلی به IRO ارائه دهید.
- بازبین‌های IRO تمام اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را با دقت بررسی می‌کنند.

اگر در سطح 1 تجدیدنظر سریع داشتید، در سطح 2 نیز تجدیدنظر سریع خواهید داشت.

- اگر در سطح 1 تجدیدنظر سریع داشتید، به طور خودکار در سطح 2 نیز تجدیدنظر سریع دریافت می‌کنید. IRO باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تجدیدنظر شما پاسخ دهد.

اگر در سطح 1 تجدیدنظر استاندارد داشتید، در سطح 2 نیز تجدیدنظر استاندارد خواهید داشت.

- اگر شما در سطح 1 یک تجدیدنظر استاندارد داشتید، به‌طور خودکار در سطح 2 نیز یک تجدیدنظر استاندارد دریافت می‌کنید.
- اگر درخواست شما مربوط به خدمات یا اقلام پزشکی باشد، IRO باید پاسخ تجدیدنظر سطح 2 شما را **ظرف 30 روز تقویمی** از دریافت درخواست ارائه دهد.
- اگر درخواست شما مربوط به یک داروی Medicare بخش B باشد، IRO باید پاسخ تجدیدنظر سطح 2 شما را **ظرف هفت روز تقویمی** از دریافت درخواست ارائه دهد.

اگر IRO پاسخ خود را به‌صورت مکتوب ارائه دهد و دلایل آن را توضیح دهد.

- **اگر IRO به بخشی از درخواست یا کل آن برای خدمات یا اقلام پزشکی پاسخ مثبت بدهد،** ما باید تصمیم را فوراً اجرا کنیم:
  - پوشش مراقبت پزشکی را **ظرف 72 ساعت تأیید کنیم**،یا
  - خدمات را ظرف **پنج روز کاری** پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های استاندارد ارائه دهیم، یا**
  - خدمات را **ظرف 72 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های**تسریع‌شده ارائه دهیم.
- **اگر IRO به بخشی از درخواست یک داروی Medicare بخش B یا کل آن پاسخ مثبت بدهد، ما باید داروی مورد مناقشه را طبق مهلت‌های زیر تأیید یا ارائه کنیم:**
  - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های استاندارد، یا**
  - **ظرف 24 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های تسریع‌شده.**

- **اگر IRO به بخشی از درخواست تجدیدنظر شما یا کل آن پاسخ منفی بدهد،** به این معنی است که موافق هستند ما نباید درخواست شما (یا بخشی از آن) را برای پوشش مراقبت پزشکی تأیید کنیم. این وضعیت به عنوان «تأیید تصمیم» یا «رد تجدیدنظر شما» شناخته می‌شود.
  - اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.
  - پس از سطح 2، سه سطح تکمیلی دیگر در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد، در مجموع پنج سطح.
  - اگر تجدیدنظر سطح 2 شما رد شد و شرایط ادامه فرآیند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و تجدیدنظر سوم را انجام دهید یا خیر. جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعیه مکتوبی که پس از تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آورده شده است.
  - تجدیدنظر سطح 3 را یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) یا وکیل دادگستری بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5 به **بخش J** مراجعه کنید.

وقتی مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شود

دو روش برای ارائه تجدیدنظر سطح 2 برای خدمات و اقلام Medi-Cal وجود دارد: (1) ثبت شکایت یا درخواست بازنگری پزشکی مستقل (2) درخواست جلسه رسیدگی ایالتی.

(1) سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC)

می‌توانید با مرکز راهنمایی DMHC تماس بگیرید و شکایت ثبت کنید یا برای بازنگری پزشکی مستقل (Independent Medical Review, IMR) درخواست دهید. با ثبت شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی خواهد کرد. DMHC تحقیق مستقل خود را درباره شکایت شما انجام می‌دهد یا تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده برای IMR واجد شرایط است یا خیر. IMR ممکن است برای هر خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارد، در دسترس باشد. IMR روند بررسی پرونده شما توسط کارشناسانی است که عضو برنامه ما یا DMHC نیستند. اگر نتیجه IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام درخواستی شما را ارائه کنیم. شما هیچ هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

می‌توانید شکایت ثبت کنید یا برای IMR درخواست دهید اگر برنامه ما:

- یک خدمت یا درمان Medi-Cal را به این دلیل که برنامه ما آن را از نظر پزشکی ضروری نمی‌داند رد کند، تغییر دهد یا به تأخیر بیاندازد.
- یک درمان آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal برای یک وضعیت پزشکی جدی را پوشش ندهد.
- در مورد اینکه یک خدمت یا عمل جراحی ماهیت زیبایی یا بازسازی دارد یا خیر، اختلاف نظر داشته باشد.
- خدمات اضطراری یا فوری Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نکند.
- تجدیدنظر سطح 1 شما درباره خدمات Medi-Cal ظرف 30 روز تقویمی در تجدیدنظر استاندارد یا ظرف 72 ساعت (یا سریع‌تر اگر وضعیت سلامت شما در خطر باشد) در تجدیدنظر سریع بررسی و حل نشده باشد.

در اکثر موارد، قبل از درخواست نزد IMR باید ابتدا تجدیدنظر نزد ما ثبت شود. برای کسب اطلاعات درباره روند تجدیدنظر سطح 1 ما، به **بخش F3** مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست IMR/فرم شکایت خود را نزد DMHC ثبت کنید.

توجه: اگر ارائه‌دهنده خدمات شما تجدیدنظر را برای شما ثبت کرده باشد، اما ما فرم «انتصاب نماینده» شما را دریافت نکنیم، باید مجدداً تجدیدنظر خود را نزد ما ثبت کنید تا بتوانید برای تجدیدنظر سطح 2 IMR به DMHC مراجعه کنید، مگر اینکه تجدیدنظر شما مرتبط با تهدید فوری و جدی برای سلامت شما باشد، از جمله اما نه محدود به درد شدید، احتمال از دست رفتن جان، عضو یا عملکرد اصلی بدن.

ممکن است بتوانید هم برای IMR و هم برای جلسه رسیدگی ایالتی درخواست دهید، اما اگر قبلاً در همان موضوع در جلسه رسیدگی ایالتی شواهد ارائه کرده‌اید یا جلسه‌ای برگزار شده است، اجازه رفتن به IMR را نخواهید داشت.

اگر درمان شما به دلیل آزمایشی یا تحقیقاتی بودن رد شده است، لازم نیست قبل از درخواست IMR در روند تجدیدنظر ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری است یا شامل تهدید فوری و جدی برای سلامت شما می‌شود یا اگر درد شدید دارید، می‌توانید بدون طی کردن روند تجدیدنظر ما، فوراً موضوع را به DMHC اطلاع دهید.

باید درخواست **IMR خود را ظرف شش ماه** پس از ارسال تصمیم کتبی ما درباره تجدیدنظر ثبت کنید. DMHC ممکن است درخواست شما را پس از شش ماه به دلایل موجه بپذیرد، مانند اینکه بیماری شما مانع درخواست IMR در بازه شش ماه شده باشد یا اطلاع‌رسانی کافی درباره روند IMR از طرف ما دریافت نکرده باشید.

برای ثبت شکایت یا درخواست IMR:

- فرم IMR/شکایت را پر کنید. فرم‌ها در این لینک در دسترس هستند: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- در صورت داشتن نامه‌ها یا اسناد مرتبط با خدماتی که رد شده است، نسخه‌های آن را پیوست کنید. این می‌تواند روند IMR را سرعت بخشد. فقط نسخه‌ها را ارسال کنید، نه اصل مدارک. مرکز راهنمایی DMHC قادر به بازگرداندن اسناد نیست.
- اگر شخصی در پر کردن IMR به شما کمک می‌کند، فرم «دستیار مجاز» را پر کنید. فرم مذکور در این لینک موجود است: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.

- فرم IMR/شکایت و هرگونه پیوست را به‌صورت آنلاین به DMHC ارسال کنید:
  www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

ارسال از طریق پست یا فکس:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
فکس: 916-255-5241

ظرف هفت روز، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و نامه تأیید دریافت آن را برای شما ارسال می‌کند. اگر DMHC تشخیص دهد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط است، تصمیم IMR ظرف 45 روز پس از دریافت تمام مدارک مورد نیاز اتخاذ خواهد شد.

اگر پرونده شما فوری باشد و برای IMR واجد شرایط باشید، معمولاً تصمیم IMR ظرف هفت روز پس از دریافت تمام مدارک مورد نیاز اتخاذ می‌شود.

اگر از نتیجه IMR راضی نبودید، هنوز می‌توانید درخواست جلسه رسیدگی ایالتی دهید.

اگر DMHC تمام پرونده‌ها و سوابق پزشکی مورد نیاز را از شما یا پزشک معالجتان دریافت نکند، تصمیم‌گیری IMR ممکن است طولانی‌تر شود. اگر نزد پزشکی می‌روید که در شبکه بیمه سلامت شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی آن پزشک را دریافت و برای ما ارسال کنید. برنامه بیمه سلامت شما موظف است نسخه‌هایی از سوابق پزشکی پزشکان داخل شبکه را دریافت کند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط نیست، پرونده شما از طریق فرآیند معمول رسیدگی به شکایات مصرف‌کنندگان بررسی خواهد شد. شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی از زمان ارسال درخواست تکمیل‌شده حل شود. اگر شکایت شما فوری باشد، ظرف مدت کوتاه‌تری به آن رسیدگی خواهد شد.

(2) جلسه رسیدگی ایالتی

می‌توانید برای خدمات و اقلامی که تحت پوشش Medi-Cal هستند، درخواست جلسه رسیدگی ایالتی دهید. اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری خدمات یا اقلامی را درخواست کند که ما آن را تأیید نمی‌کنیم، یا اگر به پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده‌اید ادامه ندهیم و به تجدیدنظر سطح 1 شما جواب منفی داده‌ایم، شما حق دارید برای یک جلسه رسیدگی ایالتی درخواست دهید.

در اکثر موارد، **شما 120 روز فرصت دارید** تا پس از ارسال نامه «تصمیم تجدیدنظر» **برای درخواست جلسه رسیدگی اقدام کنید**.

توجه: اگر برای خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید درخواست جلسه رسیدگی ایالتی بدهید، به‌دلیل اینکه ما گفته‌ایم این خدمت تغییر خواهد کرد یا متوقف می‌شود، **زمان کمتری برای ارسال درخواست** خواهید داشت، مگر اینکه بخواهید دریافت آن خدمات در طول روند رسیدگی ادامه یابد. برای کسب اطلاعات بیشت،ر به بخش «آیا مزایای من در طول تجدیدنظر سطح 2 ادامه خواهد داشت» در صفحه 16 مراجعه کنید.

روش‌های درخواست جلسه رسیدگی ایالتی:

- به‌صورت آنلاین در: www.cdss.ca.gov
- به‌صورت تلفنی: با شماره 1-800-743-8525 تماس بگیرید. این شماره می‌تواند خیلی اشغال باشد. می‌توانید پیامی بگذارید تا بعداً با شما تماس گرفته شود. اگر دچار مشکل گفتاری یا شنوایی هستید، لطفاً با شمارهٔ 1-800-952-8349 تماس بگیرید.
- از طریق پست: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- فکس: (916) 309-3487 یا شماره رایگان 1-833-281-0903
- می‌توانید فرم «درخواست دادرسی ایالتی» در پشت اطلاعیه اقدام را تکمیل کنید. لطفاً حتماً نام، نشانی، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و/یا شماره شناسایی مشتری (Client Identification Number, CIN) و دلیل درخواست دادرسی ایالتی را ذکر کنید. اگر شخص دیگری در ارائه درخواست دادرسی ایالتی به شما کمک می کند، نام، نشانی و شماره تلفن وی را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، به بخش دادرسی‌های ایالتی اطلاع دهید به چه زبانی صحبت می‌کنید. لازم نیست هزینه‌ای بابت مترجم شفاهی بپردازید. اگر دچار ناتوانی هستید، بخش دادرسی‌های ایالتی می‌تواند امکانات ویژه‌ای به‌صورت رایگان در اختیارتان قرار دهد تا شرکت در دادرسی برای شما تسهیل شود. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت خود و امکانات موردنیازتان را ضمیمه کنید.

بخش دادرسی ایالتی تصمیم خود را به طور مکتوب به شما اعلام می‌کند و دلیل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر بخش جلسات دادرسی ایالتی به بخشی از درخواست یا کل آن برای خدمات یا اقلام پزشکی پاسخ **مثبت** بدهد، ما باید خدمات یا اقلام را **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آن‌ها مجاز کنیم یا ارائه دهیم.
- اگر بخش جلسات دادرسی ایالتی به یک قسمت یا کل تجدیدنظر شما **پاسخ** منفی دهد، به این معنی است که آن‌ها موافق هستند ما نباید درخواست شما (یا بخشی از آن) را برای پوشش مراقبت پزشکی تأیید کنیم. این وضعیت به عنوان «تأیید تصمیم» یا «رد تجدیدنظر شما» شناخته می‌شود.

اگر IRO یا جلسه رسیدگی ایالتی به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ **منفی** بدهد، شما از حقوق تجدیدنظر بیشتری برخوردار خواهید شد.

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما به **IRO** ارسال شده باشد، فقط در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر دهید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نظر شما به یک حداقل مبلغ مشخص برسد. یک ALJ یا وکیل دادگستری، تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند. **در نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق تجدیدنظر تکمیلی احتمالی شما توصیف می‌شود.**

در نامه‌ای که از بخش جلسات دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه بعدی تجدیدنظر توضیح داده می‌شود.

برای بررسی اطلاعات بیشتر درباره حقوق تجدیدنظر خود پس از سطح 2، به **بخش J** مراجعه کنید.

F5. مشکلات پرداخت

ما اجازه نمی‌دهیم ارائه‌دهندگان شبکه ما بابت خدمات و اقلام تحت پوشش، برای شما صورتحساب صادر کنند. این امر حتی در صورتی که ما به ارائه‌دهنده کمتر از مبلغ صورتحساب برای یک خدمت یا اقلام تحت پوشش پرداخت کنیم، صادق است. شما هرگز موظف به پرداخت مابقی صورتحساب نیستید.

اگر صورتحسابی دریافت کردید که برای خدمات و کالاهای تحت پوشش است، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. خودتان صورتحساب را پرداخت نکنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و مشکل را حل می‌کنیم. اگر صورتحساب را پرداخت کنید، می‌توانید از طرح ما بازپرداخت دریافت کنید، به شرطی که قوانین استفاده از خدمات یا اقلام را رعایت کرده باشید.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 7** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. در آن فصل، موقعیت‌هایی توضیح داده شده است که ممکن است نیاز باشد از ما بخواهید هزینه‌ای را بازپرداخت کنیم یا صورتحسابی که از ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید، پرداخت نماییم. همچنین نحوه ارسال مدارک برای درخواست پرداخت را توضیح می‌دهد.

اگر درخواست بازپرداخت داشته باشید، در واقع درخواست تصمیم پوششی می‌دهید. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلام پرداخت‌شده تحت پوشش است و آیا تمام قوانین استفاده از پوشش را رعایت کرده‌اید یا خیر.

- اگر خدمات یا اقلام پرداخت‌شده تحت پوشش باشد و قوانین رعایت شده باشد، معمولاً پرداخت را ظرف 30 روز تقویمی، و حداکثر ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، به ارائه‌دهنده ارسال می‌کنیم. سپس ارائه‌دهنده مبلغ را به شما پرداخت می‌کند.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا کالا را پرداخت نکرده‌اید، ما پرداخت را مستقیماً برای ارائه‌دهنده انجام می‌دهیم. ارسال پرداخت به معنای موافقت **با** درخواست شما برای تصمیم پوششی است.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد یا قوانین رعایت نشده باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که توضیح می‌دهد چرا پرداخت انجام نمی‌شود.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، می‌توانید درخواستتجدیدنظر بدهید. فرآیند درخواست تجدیدنظر را مطابق **بخش F3** دنبال کنید. هنگام پیروی از این دستورالعمل‌ها توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت درخواست تجدیدنظر کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تجدیدنظر شما پاسخ دهیم.

اگر پاسخ ما به تجدیدنظر شما **منفی** باشد و معمولاً **Medicare** خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهد، پرونده شما به IRO ارسال می‌شود. اگر این اتفاق بیفتد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم.

- اگر IRO تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، پرداخت را ظرف 30 روز تقویمی به شما یا ارائه‌دهنده ارسال می‌کنیم. اگر پاسخ **تجدیدنظر** در هر مرحله پس از سطح 2 مثبت باشد، پرداخت را ظرف 60 روز تقویمی به شما یا ارائه‌دهنده خدمات ارسال می‌کنیم.
- اگر IRO به تجدیدنظر شما **پاسخ** منفی دهد، یعنی موافقت می‌کند که درخواست شما تأیید نشود. این وضعیت به عنوان «تأیید تصمیم» یا «رد تجدیدنظر شما» شناخته می‌شود. نامه‌ای برای شما ارسال می‌شود که حقوق تجدیدنظر تکمیلی شما را توضیح می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره سطوح تکمیلی تجدیدنظر، به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به تجدیدنظر شما **منفی** باشد و معمولاً Medi-Cal خدمات یا اقلام را پوشش دهد، می‌توانید خودتان یک تجدیدنظر سطح 2 ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان عضو طرح ما شامل پوشش بسیاری از داروها می‌شود. اکثر این داروها، داروهای Medicare بخش D هستند. تعدادی دارو وجود دارند که Medicare بخش D پوشش نمی‌دهد، اما Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. **این بخش فقط مربوط به تجدیدنظرهای دارویی Medicare بخش D است.** در ادامه این بخش به جای اینکه هر بار بگوییم «داروی Medicare بخش D»، فقط از واژه «دارو» استفاده می‌کنیم. برای داروهایی که فقط توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شوند، فرآیند را در **بخش E** دنبال کنید.

برای اینکه دارو تحت پوشش قرار گیرد، باید برای یک مصرف پزشکی پذیرفته‌شده استفاده شود. این بدان معناست که دارو توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) تأیید شده یا توسط مراجع پزشکی خاص پشتیبانی می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره موارد مصرف پزشکی پذیرفته‌شده، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G1. تصمیمات پوشش و تجدیدنظر داروهای Medicare بخش D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات پوششی که می‌توانید از ما بخواهید برای داروهای Medicare بخش D شما اتخاذ کنیم، آمده است:

- شما از ما می‌خواهید یک استثنا قائل شویم، از جمله درخواست از ما برای:
  - پوشش یک داروی Medicare بخش D که در فهرست دارویی طرح ما نیست، یا
  - کنار گذاشتن محدودیتی در پوشش دارو (مانند محدودیت مقدار داروی قابل دریافت)
- شما از ما می‌پرسید که آیا یک دارو برای شما پوشش داده می‌شود یا خیر (مثلاً زمانی که دارو در فهرست دارویی طرح ما است اما باید آن را قبل از پوشش دادن برای شما تأیید کنیم)

توجه: اگر داروخانه به شما اطلاع دهد که نمی‌تواند نسخه شما را دقیقاً همان‌طور که نوشته شده است تحویل دهد، یک اطلاعیه کتبی به شما ارائه می‌دهد که چگونه می‌توانید با ما تماس بگیرید و برای تصمیم‌گیری درباره پوشش دارو اقدام کنید.

> تصمیم اولیه پوشش درباره داروهای Medicare بخش D شما، «**تصمیم پوششی**» نامیده می‌شود.

- شما از ما می‌خواهید هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کرده‌اید، پرداخت کنیم. این درخواست برای تصمیم‌گیری پوشش مربوط به پرداخت است.

اگر با تصمیم پوششی ما مخالف هستید، می‌توانید برای تجدیدنظر درخواست کنید. این بخش هم نحوه درخواست تصمیمات پوششی و هم نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد. از جدول زیر برای دریافت کمک استفاده کنید.

در کدام یک از این وضعیت‌ها هستید؟			
شما به دارویی نیاز دارید که در فهرست داروهای ما نیست یا از ما می‌خواهید که قانون یا محدودیتی را در مورد دارویی که پوشش می‌دهیم، لغو کنیم.	می‌خواهید ما دارویی را که در فهرست داروهای ما هست پوشش دهیم و فکر می‌کنید شرایط یا محدودیت‌های طرح (مثل گرفتن تأیید قبلی) برای داروی مورد نیازتان را رعایت کرده‌اید.	از ما می‌خواهید هزینه دارویی که قبلاً گرفته و پرداخت کرده‌اید را بازپرداخت کنیم.	ما به شما گفته‌ایم که دارو را به شیوه‌ای که می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا پرداخت نمی‌کنیم.
می‌توانید از ما بخواهید استثنا قائل شویم. (این یک نوع تصمیم پوششی است.)	**می‌توانید از ما بخواهید یک تصمیم پوششی اتخاذ کنیم.**	**می‌توانید از ما بخواهید هزینه دارو را بازپرداخت کنیم.** (این یک نوع تصمیم پوششی است.)	**می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.** (یعنی از ما می‌خواهید تصمیم خود را دوباره بررسی کنیم.)
با **بخش G2** شروع کنید، سپس به بخش‌های **G3** و **G4** مراجعه کنید.	به **بخش G4** مراجعه کنید.	به **بخش G4** مراجعه کنید.	به **بخش G5** مراجعه کنید.

G2. استثناهای Medicare بخش D

اگر دارویی را به شیوه‌ای که می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم، می‌توانید از ما بخواهید «استثنا» قائل شویم. اگر درخواست استثنای شما رد شد، می‌توانید در خصوص تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

وقتی برای یک استثنا درخواست می‌دهید، پزشک یا تجویزکننده دیگر باید دلایل پزشکی نیاز شما به این استثنا را توضیح دهد.

> درخواست برای پوشش دارویی که در فهرست داروهای بیمه نیست یا درخواست برای برداشتن محدودیتی که روی دارویی در فهرست اعمال شده است، گاهی به عنوان درخواست «**استثنا در فهرست داروها**» شناخته می‌شود.

در اینجا چند نمونه از استثناهایی که شما یا پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان دارویی می‌توانید از ما بخواهید آورده شده است:

1. **پوشش دارویی که در *فهرست* داروهای ما نیست:**
   - اگر ما موافقت کنیم استثنا قائل شویم و دارویی که در فهرست داروهای ما نیست را پوشش دهیم.
   - استثنایی درخصوص مبلغ سهم بیمه‌شده لازم برای دارو به شما تعلق نگیرد.

2. برداشتن محدودیت برای داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت‌های اضافی برای برخی داروهای *فهرست* اعمال می‌شود (برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
- برخی از قوانین و محدودیت‌های اضافی شامل موارد زیر است:
  - الزام به استفاده از نسخه ژنریک به جای داروی برند.
  - گرفتن تأیید قبل از اینکه ما موافقت کنیم دارو را برای شما پوشش دهیم. این وضعیت گاهی اوقات «اجازه قبلی (prior authorization, PA)» نامیده می‌شود.
  - ملزم بودن به امتحان کردن دارویی متفاوتی پیش از اینکه با پوشش دادن داروی موردرخواست شما موافقت کنیم. به این فرایند، گاهی «درمان مرحله‌ای» گفته می‌شود.
  - محدودیت‌های مقدار دارو. برای برخی داروها، محدودیت‌هایی در میزان دارویی که می‌توانید مصرف کنید وجود دارد.

G3. موارد مهمی که باید هنگام درخواست استثنا بدانید:

پزشک یا ارائه‌دهنده دارویی شما باید دلایل پزشکی را به ما اعلام کند.

پزشک یا ارائه‌دهنده دارویی شما باید بیانیه‌ای ارائه دهد که دلایل پزشکی درخواست استثنا را توضیح دهد. برای تصمیم سریع‌تر، هنگام درخواست استثنا، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا ارائه‌دهنده دارویی خود ضمیمه کنید.

فهرست داروهای ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک وضعیت خاص است. این داروها به عنوان داروهای «جایگزین» شناخته می‌شوند. اگر داروی جایگزین به همان اندازه مؤثر باشد و عوارض جانبی یا مشکلات بهداشتی بیشتری ایجاد نکند، به طور کلی درخواست استثنا شما تأیید **نمی‌شود**.

ما می‌توانیم به درخواست شما جواب «مثبت» یا «منفی» بدهیم.

- اگر درخواست استثنای شما **تأیید** شود، این استثنا معمولاً تا پایان سال تقویمی ادامه دارد مشروط بر اینکه پزشک شما همچنان دارو را تجویز کند و دارو برای درمان وضعیت شما ایمن و مؤثر باقی بماند.
- اگر درخواست استثنا **رد** شود، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش G5** مراجعه کنید تا اطلاعات مربوط به نحوه ثبت تجدیدنظر در صورت رد درخواست توسط ما را **ببینید.**

بخش بعدی توضیح می‌دهد چگونه می‌توانید برای تصمیم‌گیری پوشش، از جمله درخواست استثنا، اقدام کنید.

G4. درخواست تصمیم پوششی، شامل استثنا

- برای درخواست نوع تصمیم پوششی مورد نظر خود، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از طریق مکاتبه یا ارسال فکس، با شماره 1.888.213.1531 (TTY: 711) تماس بگیرید. این کار را شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا ارائه‌دهنده دیگری) می‌توانید انجام دهید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به پرونده را درج کنید.
- شما، پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر، یا شخصی که به نمایندگی از شما عمل می‌کند، می‌توانید درخواست تصمیم پوششی را ارائه دهید. همچنین می‌توانید وکیلی را به نمایندگی از خود معرفی کنید.

- برای آگاهی از نحوه معرفی شخص به عنوان نماینده، به **بخش E3** مراجعه کنید.
- برای درخواست تصمیم پوششی، نیازی به ارائه اجازه کتبی به پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر ندارید.
- اگر می‌خواهید از ما بخواهید هزینه دارویی را که قبلاً پرداخت کرده‌اید بازپرداخت کنیم، به **فصل 7** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثنا دارید، یک «بیانیه پشتیبانی» ارائه دهید. این بیانیه شامل دلایل پزشکی پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر برای درخواست استثنا است.
- پزشک یا ارائه‌دهنده شما می‌تواند این بیانیه را برای ما فکس یا پست کند. آن‌ها همچنین می‌توانند این اطلاعات را به‌صورت تلفنی به ما اطلاع دهند و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.

اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، می‌توانید از ما درخواست «تصمیم پوششی سریع» کنید.

ما معمولاً از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه موافقت کنیم از «مهلت‌های سریع» استفاده شود.

- **تصمیم پوششی استاندارد** به این معنی است که ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه پزشک شما، پاسخ خود را ارائه می‌دهیم.
- **تصمیم پوششی سریع** به این معنی است که ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه پزشک شما، پاسخ خود را ارائه می‌دهیم.

> به تصمیم پوششی سریع «تعیین پوشش تعجیلی» یا « **تعیین پوشش تسریع شده**» گفته می‌شود.

می‌توانید تصمیم پوشش سریع دریافت کنید اگر:

- تصمیم برای دارویی باشد که دریافت نکرده‌اید. اگر درخواست بازپرداخت دارویی را دارید که قبلاً خریداری کرده‌اید، نمی‌توانید از تصمیم پوششی سریع برخوردار شوید.
- استفاده از مهلت‌های استاندارد بتواند به سلامت یا توانایی عملکرد شما به‌طور جدی آسیب بزند.

اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر به ما اطلاع دهد که وضعیت سلامت شما نیاز به تصمیم پوششی سریع دارد، درخواست شما را طبق جدول زمانی تصمیم پوششی سریع بررسی خواهیم کرد. ما نامه‌ای حاوی این اطلاعات برای شما ارسال می‌کنیم.

- اگر بدون حمایت پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر درخواست تصمیم پوششی سریع دهید، ما بررسی می‌کنیم که آیا شرایط دریافت آن را دارید یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما شرایط لازم برای تصمیم پوششی سریع را ندارد، از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - ما با ارسال نامه‌ای به شما اعلام می‌کنیم که از مهلت استاندارد استفاده خواهد شد. این نامه همچنین نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما را توضیح می‌دهد.
  - می‌توانید شکایت سریع ثبت کنید و ظرف 24 ساعت پاسخ را دریافت نمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ثبت شکایت، ازجمله شکایات سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

مهلت‌های تصمیم پوششی سریع

- اگر از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما، پاسخ خود را ارائه دهیم. اگر درخواست استثنا دارید، پاسخ ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه پشتیبانی پزشک شما ارائه می‌شود. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، پاسخ را سریع‌تر ارائه خواهیم داد.
- اگر نتوانیم این مهلت را رعایت کنیم، درخواست شما برای بررسی توسط یک IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌شود. به **بخش G6** مراجعه کنید تا اطلاعات بیشتری درباره تجدیدنظر سطح 2 به دست آورید.
- اگر **ما** با بخشی از درخواست شما یا کل آن موافقت کنیم، پوشش را ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست یا بیانیه پشتیبان از پزشک شما ارائه می‌دهیم.
- اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن **مخالفت** کنیم، نامه‌ای همراه با دلایل آن برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

مهلت‌ها برای تصمیم پوششی استاندارد در مورد دارویی که دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما پاسخ بدهیم. اگر درخواست استثنا داشته باشید، پاسخ ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه پشتیبان پزشک شما ارائه می‌شود. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، پاسخ را سریع‌تر ارائه خواهیم داد.
- اگر نتوانیم این مهلت را رعایت کنیم، درخواست شما برای بررسی توسط یک IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌شود.
- اگر **ما** با بخشی از درخواست شما یا کل آن موافقت کنیم، پوشش را ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست یا بیانیه پشتیبان پزشک مبنی بر استثنا، ارائه می‌دهیم.
- اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن **مخالفت** کنیم، نامه‌ای همراه با دلایل آن برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت‌ها برای تصمیم پوشش استاندارد در مورد دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما پاسخ بدهیم.
- اگر نتوانیم این مهلت را رعایت کنیم، درخواست شما برای بررسی توسط یک IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌شود.
- اگر با بخشی از درخواست شما **موافقت** کنیم، هزینه شما ظرف 14 روز تقویمی بازپرداخت می‌شود.
- اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن مخالفت کنیم، نامه‌ای همراه با دلایل آن برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

G5. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

یک تجدیدنظر نزد طرح ما درباره تصمیم پوششی دارویی Medicare بخش D، **«تصمیم‌گیری مجدد طرح»** نامیده می‌شود.

- برای شروع **تجدیدنظر استاندارد یا سریع** ، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از طریق مکاتبه یا ارسال فکس، با شماره 1.888.213.1531 (TTY: 711) تماس بگیرید. این کار را شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا ارائه‌دهنده دیگری) می‌توانید انجام دهید. لطفاً نام، اطلاعات تماس، و جزئیات مربوط به تجدیدنظر خود را درج کنید.
- شما باید **ظرف 65 روز تقویمی** از تاریخ نامه‌ای که برای اطلاع‌رسانی تصمیم ما ارسال شده است، درخواست تجدیدنظر بدهید.
- اگر مهلت را از دست دادید و دلیل موجهی دارید، ممکن است زمان بیشتری برای ارائه تجدیدنظر به شما داده شود. نمونه دلایل موجه عبارت است از بیماری جدی یا دریافت اطلاعات نادرست درباره مهلت. دلیل تأخیر در ارائه تجدیدنظر را هنگام ثبت آن توضیح دهید.
- شما حق دارید از ما یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و دکترتان همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری در حمایت از درخواست تجدیدنظرتان ارائه دهید.

اگر سلامت شما ایجاب می‌کند، درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

یک تجدیدنظر سریع را «تصمیم‌گیری مجدد تعجیلی» یا **« تعیین مجدد تسریع شده» نیز می‌نامند.**

- اگر نسبت به تصمیم ما درباره دارویی که دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، شما و پزشک یا تجویزکننده دیگر تصمیم می‌گیرید که آیا به تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- شرایط لازم برای تجدیدنظر سریع همان شرایط تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش G4** مراجعه کنید.

ما تجدیدنظر شما را بررسی کرده و پاسخ خود را ارائه می‌دهیم.

- ما درخواست شما را دوباره به‌دقت بررسی می‌کنیم و تمام اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما را بازبینی می‌نماییم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا هنگام رد درخواست شما، قوانین را رعایت کرده‌ایم یا **خیر**.
- ممکن است برای دریافت اطلاعات بیشتر با شما یا پزشک یا تجویزکننده دیگر تماس بگیریم.

مهلت‌ها برای تجدیدنظر سریع در سطح 1

- اگر از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما پاسخ بدهیم.
  - اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، پاسخ را سریع‌تر ارائه خواهیم داد.

- اگر ظرف 72 ساعت پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازبینی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.

- اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن **موافقت** کنیم، باید پوشش مورد توافق را ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر فراهم کنیم.

- اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن **موافقت نکنیم**، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم را توضیح داده و روش‌های ادامه تجدیدنظر را به شما اطلاع می‌دهد.

مهلت‌ها برای تجدیدنظر استاندارد در سطح 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ بدهیم.

- اگر دارو را دریافت نکرده باشید و شرایط سلامت شما ایجاب کند، تصمیم را زودتر اعلام خواهیم کرد. اگر باور دارید وضعیت سلامت شما چنین ایجاب می‌کند، درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.

  - اگر ما ظرف هفت روز تقویمی تصمیمی ارائه ندهیم، موظفیم درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازبینی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.

اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن **موافقت کنیم**:

- ما باید **پوششی** را که تأیید کرده‌ایم، به سرعت لازم بر اساس وضعیت سلامتی شما و در هر صورت حداکثر ظرف **هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر، فراهم کنیم.

- اگر دارویی را خریداری کرده باشید، باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت تجدیدنظر، **مبلغ آن را به شما بازپرداخت کنیم**.

اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن **مخالفت** کنیم:

- نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم را توضیح داده و به شما اطلاع می‌دهد چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

- ما باید **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت تجدیدنظر، درباره بازپرداخت دارویی که خریده‌اید پاسخ بدهیم.

  - اگر در این مهلت تصمیمی ارائه ندهیم، موظفیم درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره سازمان بازبینی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.

- اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن موافقت کنیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.

- اگر با بخشی از درخواست شما یا کل آن **موافقت نکنیم**، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم را توضیح داده و روش‌های ادامه تجدیدنظر را به شما اطلاع می‌دهد.

G6. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** دهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا تجدیدنظر دیگری ارائه دهید. اگر تصمیم بگیرید تجدیدنظر دیگری ارائه دهید، باید از روند تجدیدنظر سطح 2 استفاده کنید. پس از اینکه به اولین درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دادیم، **IRO** تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا باید تصمیم ما تغییر کند یا خیر.

> نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» (IRO) همان « **نهاد بررسی مستقل»** است و گاهی به آن **«IRE»** نیز گفته می‌شود.

برای ارائه تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده‌تان، یا پزشک یا نسخه‌دهنده دیگری باید به صورت **کتبی** با IRO تماس بگیرید و درخواست بررسی پرونده خود را بدهید.

- اگر به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی دهیم، نامه‌ای که برایتان می‌فرستیم شامل **دستورالعمل‌هایی درباره نحوه ارائه تجدیدنظر سطح 2** به IRO است. این دستورالعمل‌ها مشخص می‌کند چه کسی می‌تواند تجدیدنظر سطح 2 را ارائه دهد، چه مهلت‌هایی باید رعایت شود و چگونه می‌توان با سازمان تماس گرفت.
- هنگامی که تجدیدنظر خود را به IRO ارائه می‌دهید، ما اطلاعات موجود درباره تجدیدنظر شما را به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «پرونده» شما نامیده می‌شود. **شما حق دارید یک نسخه رایگان از پرونده خود دریافت کنید.** اگر برای درخواست نسخه رایگان پرونده خود به کمک نیاز دارید، با شماره 1.888.466.2219 تماس بگیرید.
- شما حق دارید برای حمایت از تجدیدنظر خود، اطلاعات تکمیلی به IRO ارائه دهید.

IRO تجدیدنظر سطح 2 شما در برنامه Medicare بخش D را بررسی کرده و پاسخ کتبی به شما می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره IRO، به **بخش F4** مراجعه کنید.

مهلت‌ها برای تجدیدنظر سریع در سطح 2

اگر وضعیت سلامت شما ایجاب می‌کند، از IRO درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

- اگر با تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما پاسخ دهند.
- اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ **مثبت** دهند، ما باید پوشش داروی تأییدشده را **ظرف 24 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO فراهم کنیم.

مهلت‌ها برای تجدیدنظر استاندارد در سطح 2

اگر تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 داشته باشید، IRO باید:

- **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید به شما پاسخ دهد.
- **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید به شما پاسخ دهد.

اگر IRO به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ **مثبت** دهد:

- ما باید پوشش داروی تأییدشده را **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO فراهم کنیم.

- ما باید مبلغ دارویی که خریداری کرده‌اید را ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم IRO بازپرداخت کنیم.
- اگر IRO به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد، یعنی با تصمیم ما برای عدم تأیید درخواست شما موافقت کرده است. این وضعیت به عنوان «تأیید تصمیم» یا «رد تجدیدنظر شما» شناخته می‌شود.

اگر IRO به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** دهد، در صورتی که ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده‌اید به حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برسد، شما حق دارید درخواست تجدیدنظر سطح 3 ارائه دهید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده‌اید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید تجدیدنظر دیگری ارائه دهید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. IRO نامه‌ای برای شما می‌فرستد که حداقل ارزش دلاری لازم برای ادامه تجدیدنظر سطح 3 را مشخص می‌کند.

اگر ارزش دلاری درخواست شما مطابق با حداقل مورد نیاز باشد، خودتان تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح تکمیلی در روند تجدیدنظر وجود دارد.
- اگر IRO به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** دهد و شما شرایط ادامه روند تجدیدنظر را داشته باشید، شما:
  - تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر سطح 3 ارائه دهید یا خیر.
  - برای بررسی جزئیات نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه‌ای که IRO پس از تجدیدنظر سطح 2 برایتان فرستاده است مراجعه کنید.

تجدیدنظرهای سطح 3 توسط یک ALJ یا وکیل دادگستری حل و فصل می‌شوند. برای بررسی اطلاعات درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به **بخش J** مراجعه کنید.

H. درخواست ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوید، شما حق دارید تمام خدمات بیمارستانی که پوشش داده می‌شوند و برای تشخیص و درمان بیماری یا آسیب شما ضروری هستند را دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمارستانی برنامه ما، به **فصل 4** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در طول بستری تحت پوشش شما، پزشک و کارکنان بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید آماده شوید. آن‌ها همچنین کمک می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز پس از ترخیص شما برنامه‌ریزی شود.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «تاریخ ترخیص» شما نامیده می‌شود.
- پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما خواهند گفت تاریخ ترخیص شما چه روزی است.

اگر فکر می‌کنید از شما خواسته می‌شود بیمارستان را خیلی زود ترک کنید یا نگران مراقبت پس از ترخیص هستید، می‌توانید درخواست بستری طولانی‌تر کنید. این بخش به شما می‌گوید چگونه درخواست خود را ارائه دهید.

علاوه بر تجدیدنظرهایی که در این **بخش H** آمده است، شما می‌توانید شکایت خود را ثبت کرده و از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل برای ادامه بستری در بیمارستان کنید. برای آشنایی با نحوه ارائه شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC، به **بخش F4** مراجعه کنید. می‌توانید درخواست بررسی پزشکی مستقل را علاوه بر یا به جای تجدیدنظر سطح 3 ارائه دهید.

H1. آشنایی با حقوق خود در Medicare

طی دو روز پس از بستری شدن در بیمارستان، یکی از کارکنان بیمارستان، مانند پرستار یا مسئول پرونده، یک اطلاعیه کتبی به شما می‌دهد که «پیام مهم از Medicare درباره حقوق شما» نامیده می‌شود. هر کسی که Medicare دارد، هنگام بستری شدن در بیمارستان یک نسخه از این اطلاعیه را دریافت می‌کند.

اگر اطلاعیه را دریافت نکردید، آن را از یکی از کارمندان بیمارستان درخواست کنید. اگر نیاز به کمک دارید، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- **اطلاعیه را با** دقت بخوانید و اگر چیزی را متوجه نشدید، سؤال بپرسید. این اطلاعیه درباره حقوق شما به‌عنوان بیمار در بیمارستان توضیح می‌دهد ازجمله:
  - حقوق شما برای دریافت خدماتی که تحت پوشش Medicare هستند، در طول بستری و پس از آن. اینکه شما حق دارید بدانید این خدمات چه هستند، چه کسی هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند و کجا می‌توانید آن‌ها را دریافت نمایید.
  - حقوق شما برای شرکت در هر تصمیمی که مربوط به طول مدت بستری شما در بیمارستان باشد.
  - حقوق شما برای دانستن محل گزارش هرگونه نگرانی درباره کیفیت مراقبت بیمارستانی خود.
  - حقوق شما برای تجدیدنظر کردن چنانچه فکر می‌کنید بیمارستان شما را زودتر از موعد ترخیص می‌کند.
- **این اطلاعیه را امضا کنید تا** نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و از حقوق خود آگاه هستید.
  - شما یا نماینده‌ای که به جای شما اقدام می‌کند می‌توانید اطلاعیه را امضا کنید.
  - امضای این اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی **نیست** که با تاریخ ترخیصی که پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما گفته‌اند، موافقت می‌کنید.
- **نسخه امضاشده خود را نگه دارید** تا به اطلاعات آن درصورت نیاز دسترسی داشته باشید.

اگر اطلاعیه را بیش از دو روز قبل از روز ترخیص امضا کنید، قبل از ترخیص نسخه دیگری برای شما فرستاده می‌شود.

می‌توانید نسخه‌ای از اطلاعیه را از قبل مشاهده کنید اگر:

- با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- با Medicare به شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وب‌سایت www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im مراجعه کنید.

H2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

برای درخواست پوشش خدمات بستری طولانی‌تر در بیمارستان، باید تجدیدنظر ارائه دهید. سازمان ارتقای کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) تجدیدنظر سطح 1 را بررسی می‌کند تا مشخص شود تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده از نظر پزشکی مناسب شماست یا خیر.

QIO گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی هستند که از سوی دولت فدرال حقوق دریافت می‌کنند. این کارشناسان اقدام به بررسی و بهبود کیفیت خدمات برای افراد تحت Medicare می‌کنند. آن‌ها جزئی از برنامه ما نیستند.

در ایالت کالیفرنیا، QIO شرکت Commence Health است. با شماره 1.877.588.1123 تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه «پیام مهم از Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** موجود است.

قبل از ترخیص از بیمارستان و حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده خود، با QIO تماس بگیرید.

- **اگر قبل از ترخیص تماس بگیرید**، می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده بدون اینکه هزینه‌ای بپردازید، تا زمان تصمیم‌گیری QIO درباره تجدیدنظر خود، در بیمارستان بمانید.
- **اگربرای تجدیدنظر تماس نگیرید** و تصمیم بگیرید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده در بیمارستان بمانید، ممکن است مجبور شوید تمام هزینه‌های مراقبت بیمارستانی پس از تاریخ ترخیص را خودتان پرداخت کنید.
- چون اقامت در بیمارستان تحت پوشش هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal است، اگر سازمان ارتقای کیفیت درخواست شما برای ادامه اقامت در بیمارستان را نپذیرد، یا اگر معتقدید وضعیت شما فوری است، تهدید جدی و فوری برای سلامتی شما دارد، یا درد شدید دارید، می‌توانید شکایت کنید یا از سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC) کالیفرنیا درخواست بازبینی پزشکی مستقل کنید. لطفاً برای آشنایی با نحوه ثبت شکایت و درخواست از DMHC برای درخواست بازبینی پزشکی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

در صورت نیاز به کمک، درخواست کنید. اگر هر زمان سؤال دارید یا نیاز به کمک دارید:

- با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

برای بازبینی سریع اقدام کنید. سریع اقدام کنید و با QIO تماس بگیرید تا بازبینی سریع ترخیص بیمارستان شما انجام شود.

> بازبینی **سریع در اصطلاح حقوقی، «بازبینی فوری»** یا **«بازبینی تعجیلی» نامیده می‌شود.**

آنچه در بازبینی سریع اتفاق می‌افتد

- بازبین‌ها در QIO از شما یا نماینده‌تان می‌پرسند چرا فکر می‌کنید پوشش باید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده ادامه یابد. نیازی به نوشتن بیانیه نیست، اما می‌توانید ارائه دهید.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما ارائه داده‌اند را تحت بررسی قرار می‌دهند.

- تا ظهر روز بعد از اطلاع بازبین‌ها به طرح ما درباره تجدیدنظر شما، نامه‌ای دریافت می‌کنید که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده شما را مشخص می‌کند. این نامه همچنین دلایلی را ارائه می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما معتقدیم این تاریخ ترخیص از نظر پزشکی مناسب است.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی **«اطلاعیه تفصیلی ترخیص»** است. می‌توانید نمونه‌ای از آن را با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید نمونه اطلاعیه را به‌صورت آنلاین در www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im مشاهده کنید.

QIO ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، پاسخ خود را به تجدیدنظر شما ارائه می‌دهد.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهد:

- خدمات بستری تحت پوشش شما تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، ارائه خواهد شد.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد:

- آن‌ها معتقدند تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری شما در بیمارستان تا ظهر روز بعد از زمانی که QIO پاسخ تجدیدنظر شما را ارائه می‌دهد، ادامه خواهد داشت.
- ممکن است لازم باشد تمام هزینه‌های مراقبت بیمارستانی پس از ظهر روز بعد از دریافت پاسخ QIO را خودتان پرداخت کنید.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی دهد و شما پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده **در** بیمارستان بمانید، می‌توانید یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 ثبت کنید.

H3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای تجدیدنظر سطح 2، شما از QIO می‌خواهید تا بار دیگر تصمیمی را که درباره تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بررسی کند. با شماره 1-877-588-1123 تماس بگیرید.

شما باید این بررسی را حداکثر **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داد، درخواست کنید. شما **فقط** زمانی می‌توانید این بررسی را درخواست کنید که پس از پایان پوشش مراقبت‌های خود، در بیمارستان مانده باشید.

بازبین‌های QIO:

- بار دیگر تمام اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را با دقت بررسی می‌کنند.
- تصمیم خود درباره تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست برای بررسی دوم اعلام می‌کنند.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهد:

- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی از ظهر روز بعد از تاریخ رد تجدیدنظر سطح 1 توسط QIO را به شما بازپرداخت کنیم.
- خدمات بستری تحت پوشش شما تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، ارائه خواهد شد.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد:

- آن‌ها با تصمیم خود درباره تجدیدنظر سطح 1 موافقند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- نامه‌ای به شما می‌دهند که توضیح می‌دهد اگر بخواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید، چه کاری باید انجام دهید.
- همچنین می‌توانید شکایت کنید یا برای ادامه اقامت در بیمارستان، از DMHC درخواست بازبینی پزشکی مستقل کنید. لطفاً به **بخش E4** مراجعه کنید تا بدانید چگونه می‌توانید نزد DMHC شکایت ثبت کرده و درخواست بازبینی پزشکی مستقل کنید.

تجدیدنظرهای سطح 3 توسط یک ALJ یا وکیل دادگستری حل و فصل می‌شوند. برای کسب اطلاعات درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به **بخش J** مراجعه کنید.

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی

این بخش فقط درباره سه نوع خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبت در منزل
- مراقبت پرستاری تخصصی در مراکز پرستاری تخصصی، **و**
- مراقبت توان‌بخشی به‌صورت سرپایی در CORF با تأیید Medicare. معمولاً این یعنی شما تحت درمان بیماری یا آسیب قرار دارید، یا پس از یک عمل جراحی بزرگ در حال بهبود هستید.

در هریک از این سه نوع خدمات، شما حق دارید خدمات تحت پوشش را تا زمانی که پزشک تشخیص دهد به آن نیاز دارید، دریافت کنید.

اگر تصمیم بگیریم پوشش هر یک از این خدمات را متوقف کنیم، باید **قبل** از پایان خدمات، این موضوع را به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش شما برای آن خدمات پایان می‌یابد، پرداخت ما متوقف می‌شود.

اگر فکر می‌کنید ما پوشش مراقبت شما را خیلی زود متوقف می‌کنیم، می‌توانید نسبت به **تصمیم ما درخواست** تجدیدنظر کنید. این بخش توضیح می‌دهد چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

I1. اطلاع پیش از پایان پوشش خدمات شما

ما یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از توقف پرداخت هزینه‌های مراقبت شما به دستتان می‌رسد. این اطلاعیه به نام «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» شناخته می‌شود. در این اطلاعیه، تاریخ پایان پوشش خدمات و نحوه درخواست تجدیدنظر نسبت به تصمیم ما ذکر شده است.

شما یا نماینده‌تان باید اطلاعیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید. امضا کردن اطلاعیه **فقط** به منزلهٔ تأیید دریافت اطلاعات است. امضا کردن به این معنی نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

I2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید ما پوشش خدمات شما را زودتر از موعد متوقف می‌کنیم، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش روند ثبت تجدیدنظر سطح 1 و مراحل لازم را توضیح می‌دهد.

- **رعایت مهلت‌ها.** رعایت مهلت‌ها اهمیت دارد. باید مهلت‌های مربوط به اقداماتی که لازم است انجام دهید را درک و رعایت کنید. طرح ما نیز موظف است مهلت‌ها را رعایت کند. اگر فکر می‌کنید ما مهلت‌ها را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید یک شکایت ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر راجع به ثبت شکایت، به بخش K مراجعه کنید.
- **در صورت نیاز به کمک، درخواست کنید.** اگر در هر زمان سؤالی دارید یا به کمک نیاز دارید:
  - با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
  - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- **تماس با QIO**
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO و نحوه تماس با آن، به **بخش H2 یا فصل** 2 این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - از QIO بخواهید تجدیدنظر شما را بررسی کرده و درباره تغییر تصمیم طرح ما، تصمیم‌گیری کند.
- **سریع اقدام کنید و درخواست «درخواست تجدیدنظر سریع» بدهید.** از QIO بپرسید آیا اقدام ما به پایان دادن پوشش خدمات پزشکی شما به‌لحاظ پزشکی درست است یا نه.

مهلت تماس با این سازمان

- برای شروع تجدیدنظر باید تا ظهر روز قبل از تاریخ مؤثر درج شده در «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» با QIO تماس بگیرید.
- اگر QIO درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات درمانی را بررسی نکند یا وضعیت شما فوری و تهدیدکننده جدی سلامتی باشد یا درد شدید داشته باشید، می‌توانید شکایت ثبت کرده و از اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC) کالیفرنیا درخواست بررسی پزشکی مستقل کنید. برای آشنایی با نحوه ارائه شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل از DMHC، به **بخش F4** مراجعه کنید.

> اصطلاح حقوقی برای این اطلاعیه کتبی **«اطلاعیه عدم پوشش Medicare»** است. برای دریافت نسخه نمونه، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید نسخه آنلاین آن را دریافت کنید: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices

در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- بازبین‌های QIO از شما یا نماینده‌تان می‌پرسند چرا فکر می‌کنید پوشش خدمات باید ادامه یابد. نیازی به نوشتن بیانیه نیست، اما می‌توانید ارائه دهید.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی می‌کنند، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی را که طرح ما در اختیارشان گذاشته است مرور می‌نمایند.

- طرح ما همچنین با ارسال یک اطلاعیه کتبی به شما، دلایل ما برای پایان پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما این اطلاعیه را تا پایان روزی که بازبین‌ها ما را از تجدیدنظر شما مطلع می‌کنند دریافت خواهید کرد.

> اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی **«توضیح دقیق عدم پوشش»** است.

- بازبین‌ها پاسخ خود را ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات لازم، ارائه می‌دهند.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهد:

- خدمات تحت پوشش شما تا زمانی که از نظر پزشکی لازم است، ارائه خواهد شد.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد:

- پوشش شما در تاریخی که به شما اطلاع داده‌ایم پایان می‌یابد.

- ما پرداخت هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اطلاعیه متوقف می‌کنیم.

- اگر تصمیم بگیرید پس از پایان پوشش، همچنان به دریافت خدمات مراقبت در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات CORF ادامه دهید، باید هزینه کامل این خدمات را خودتان بپردازید.

- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و نسبت به آن تجدیدنظر سطح 2 ثبت کنید یا خیر.

I3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای تجدیدنظر سطح 2، شما از QIO می‌خواهید تا بار دیگر تصمیمی را که درباره تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بررسی کند. با آن‌ها به شماره 1.877.588-1123 (TTY: 1.855.887.6668) تماس بگیرید.

شما باید این بررسی را حداکثر **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داد، درخواست کنید. شما **تنها** در صورتی می‌توانید این بازبینی را درخواست کنید که پس از تاریخی که پوشش شما برای این خدمات پایان یافته است، به دریافت مراقبت ادامه دهید.

بازبین‌های QIO:

- بار دیگر تمام اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را با دقت بررسی می‌کنند.

- تصمیم خود درباره تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست برای بررسی دوم اعلام می‌کنند.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهد:

- ما هزینه مراقبت‌هایی که از تاریخ پایان پوشش دریافت کرده‌اید، به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- پوشش مراقبت‌ها تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، ادامه خواهد داشت.

اگر QIO به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد:

- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- نامه‌ای به شما می‌دهند که توضیح می‌دهد اگر بخواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید، چه کاری باید انجام دهید.
- شما می‌توانید برای ادامه پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی خود، شکایت کنید و از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل کنید. لطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید تا بدانید چگونه از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل کنید. می‌توانید این شکایت و درخواست بررسی پزشکی مستقل را علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن ارائه دهید.

تجدیدنظرهای سطح 3 توسط یک ALJ یا وکیل دادگستری حل و فصل می‌شوند. برای بررسی اطلاعات درباره تجدیدنظرهای سطح 3، 4 و 5، به **بخش J** مراجعه کنید.

J. پیش بردن تجدیدنظر فراتر از سطح 2

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر برای خدمات یا اقلام Medicare تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 ارائه کرده‌اید و هر دو درخواست شما رد شده است، ممکن است حق داشته باشید که مراحل تجدیدنظر بعدی را دنبال کنید.

اگر ارزش دلاری خدمات یا اقلام Medicare که برای آن تجدیدنظر کرده‌اید کمتر از حداقل مشخصی باشد، نمی‌توانید مراحل بعدی را پیگیری کنید. اگر ارزش دلاری کافی باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. در نامه‌ای که از IRO درباره تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید بیان شده است که با چه کسی تماس بگیرید و برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه اقداماتی باید انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 فرآیند تجدیدنظر شامل یک جلسه رسیدگی توسط ALJ می‌شود. تصمیم‌گیرنده، یک ALJ یا وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل دادگستری به تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهد، **ما حق داریم تصمیم سطح 3 که به نفع شما صادر شده است را مورد بازنگری قرار دهیم.**

- اگر تصمیم **به** بازنگری بگیریم، نسخه‌ای از درخواست تجدیدنظر سطح 4 و هر سند مرتبط را برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف، منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر تصمیم به **بازنگری نگیریم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا وکیل دادگستری، خدمات را به شما ارائه دهیم.

- اگر ALJ یا وکیل دادگستری به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد، ممکن است روند تجدیدنظر هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر مایل باشید که این تصمیم منفی را **قبول** کنید، روند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- اگر مایل نباشید که این تصمیم را **قبول** کنید، می‌توانید سطح بعدی بررسی را ادامه دهید. در نامه‌ای که دریافت می‌کنید بیان شده است که برای تجدیدنظر سطح 4 چه اقداماتی باید انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا) تجدیدنظر شما را بررسی کرده و پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ **مثبت** دهد یا درخواست ما برای بررسی تصمیم سطح 3 به نفع شما را رد کند، ما حق داریم در سطح 5 درخواست تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **تجدیدنظر** بگیریم، به شما به صورت کتبی اطلاع می‌دهیم.
- اگر تصمیم **به تجدیدنظر** نگیریم، باید خدمات را ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا ارائه دهیم.

اگر شورا به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد یا درخواست ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر پایان نیافته باشد.

- اگر مایل باشید که این تصمیم منفی را **قبول** کنید، روند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- اگر تصمیم رد تجدیدنظر خود **را** نپذیرید، ممکن است بتوانید وارد مرحله بعدی فرآیند بررسی شوید. نامه‌ای که دریافت می‌کنید به شما اطلاع می‌دهد آیا می‌توانید به تجدیدنظر سطح 5 بروید یا خیر و چه اقداماتی باید انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه فدرال ضمن بررسی تجدیدنظر شما و تمامی مدارک و اطلاعات مربوطه، تصمیم نهایی را مبنی بر **موافقت** یا **عدم موافقت** اتخاذ می‌کند. این تصمیم، تصمیم نهایی است. پس از آن هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه فدرال وجود ندارد.

J2. تجدیدنظرهای تکمیلی Medi-Cal

اگر تجدیدنظر شما درباره خدمات یا مواردی است که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، شما حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه‌ای که از بخش جلسات دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید، به شما می‌گوید برای ادامه فرآیند تجدیدنظر چه کاری باید انجام دهید.

J3. سطوح 3، 4 و 5 تجدیدنظر برای درخواست داروهای Medicare بخش D

اگر تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 را انجام داده‌اید و هر دو رد شده‌اند، این بخش ممکن است برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که برای آن تجدیدنظر کرده‌اید به حداقل مبلغ مشخصی برسد، ممکن است بتوانید وارد سطوح بالاتر تجدیدنظر شوید. پاسخ مکتوبی که به تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه اقداماتی برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 فرآیند تجدیدنظر شامل یک جلسه رسیدگی توسط ALJ می‌شود. تصمیم‌گیرنده، یک ALJ یا وکیل دادگستری است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل دادگستری به تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهد:

- روند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- ما باید پوشش دارویی تأییدشده را ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت در صورت تجدیدنظر فوری) فراهم کنیم یا پرداخت را حداکثر ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم انجام دهیم.

اگر ALJ یا وکیل دادگستری به تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد، ممکن است روند تجدیدنظر هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر مایل باشید که این تصمیم منفی را **قبول** کنید، روند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- اگر مایل نباشید که این تصمیم را **قبول** کنید، می‌توانید سطح بعدی بررسی را ادامه دهید. در نامه‌ای که دریافت می‌کنید بیان شده است که برای تجدیدنظر سطح 4 چه اقداماتی باید انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 4

شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهد:

- روند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- ما باید پوشش دارویی تأییدشده را ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت در صورت تجدیدنظر فوری) فراهم کنیم یا پرداخت را حداکثر ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم انجام دهیم.

اگر شورای تجدیدنظر به درخواست شما پاسخ **منفی** دهد یا درخواست بررسی را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر هنوز پایان نیافته باشد.

- اگر تصمیمی که تجدیدنظر شما **را** رد می‌کند را بپذیرید، روند تجدیدنظر پایان می‌یابد.
- اگر تصمیم رد تجدیدنظر خود **را** نپذیرید، ممکن است بتوانید وارد مرحله بعدی فرآیند بررسی شوید. نامه‌ای که دریافت می‌کنید به شما اطلاع می‌دهد آیا می‌توانید به تجدیدنظر سطح 5 بروید یا خیر و چه اقداماتی باید انجام دهید.

تجدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه فدرال ضمن بررسی تجدیدنظر شما و تمامی مدارک و اطلاعات مربوطه، تصمیم نهایی را مبنی بر **موافقت** یا **عدم موافقت** اتخاذ می‌کند. این تصمیم، تصمیم نهایی است. پس از آن هیچ مرحله تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه فدرال وجود ندارد.

K. چگونه شکایت ثبت کنیم

K1. چه نوع مشکلاتی را می‌توان به‌عنوان شکایت مطرح کرد

فرآیند شکایت فقط برای برخی از انواع مشکلات استفاده می‌شود، مانند مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت‌ها، و خدمات مشتری. در اینجا چند نمونه از مشکلاتی که از طریق فرآیند شکایت به آن‌ها رسیدگی می‌شوند آورده شده است:

نمونه‌های	شکایت
کیفیت مراقبت پزشکی شما	• اگر از کیفیت مراقبت ارائه‌شده، مانند مراقبت دریافتی در بیمارستان، ناراضی هستید.
رعایت حریم خصوصی	• اگر فکر می‌کنید کسی حق شما برای حفظ حریم خصوصی را رعایت نکرده یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است.
بی‌احترامی، خدمات ضعیف مشتری، یا رفتارهای منفی دیگر	• اگر یک ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی یا یکی از کارکنان با شما بی‌ادبانه یا با بی‌احترامی رفتار کرده‌اند. • کارکنان ما با شما بدرفتاری کرده‌اند. • شما احساس می‌کنید که شما را از استفاده از برنامه ما باز می‌دارند.
دسترس‌پذیری و کمک‌های زبانی	• اگر به‌طور فیزیکی قادر به دسترسی به خدمات و امکانات مراقبت‌های بهداشتی در مطب پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات نیستید. • پزشک یا ارائه‌دهنده شما مترجمی برای زبان غیرانگلیسی شما (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) فراهم نمی‌کند. • ارائه‌دهنده خدمات از ارائه تسهیلات منطقی دیگری که شما نیاز دارید و درخواست کرده‌اید خودداری می‌کند.
زمان انتظار	• برای گرفتن وقت ملاقات مشکل دارید یا خیلی طول می‌کشد تا وقت بگیرید. • پزشکان، داروسازان، سایر متخصصان سلامت، خدمات اعضا یا دیگر کارکنان برنامه، شما را بیش از حد منتظر می‌گذارند.
تمیزی	• احساس می‌کنید کلینیک، بیمارستان یا دفتر پزشک تمیز نیست.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• فکر می‌کنید ما اطلاعیه یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید را به شما نداده‌ایم. • فکر می‌کنید اطلاعات مکتوبی که برایتان فرستاده‌ایم خیلی سخت و پیچیده است و قابل فهم نیست.

نمونه‌های	شکایت
سرعت پاسخ‌دهی به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظرها	• فکر می‌کنید ما مهلت‌های تعیین‌شده برای تصمیم‌گیری درباره پوشش یا پاسخ به تجدیدنظر شما را رعایت نمی‌کنیم. • فکر می‌کنید پس از دریافت تصمیم به نفع شما، ما مهلت‌های لازم برای تأیید، ارائه خدمات یا بازپرداخت برخی خدمات پزشکی را رعایت نمی‌کنیم. • فکر می‌کنید پرونده شما به موقع برای بررسی به IRO ارسال نشده است.

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما می‌توانید شکایت داخلی و/یا شکایت خارجی ثبت کنید. شکایت داخلی با برنامه ما ثبت شده و توسط خود برنامه بررسی می‌شود. شکایت خارجی نزد سازمانی که با برنامه ما مرتبط نیست ثبت شده و توسط آن‌ها بررسی می‌شود. اگر برای ثبت شکایت داخلی و/یا خارجی نیاز به کمک دارید، می‌توانید با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم.

> اصطلاح حقوقی برای «شکایت»، «اعتراض» یا **«شکواییه»** است.
>
> اصطلاح حقوقی برای «ثبت شکایت»، **«تنظیم شکواییه»** است.

K2. شکایت‌های داخلی

برای ثبت یک شکایت داخلی، با خدمات اعضا به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند. شما می‌توانید در هر زمانی شکایت خود را ثبت کنید، مگر اینکه شکایت مربوط به داروی Medicare بخش D باشد. اگر شکایت شما درباره داروی Medicare بخش D است، باید آن را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از بروز مشکل مورد نظر ثبت کنید.

- اگر کار دیگری لازم باشد، خدمات اعضا به شما اطلاع خواهند داد.
- همچنین می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما ارسال کنید. اگر شکایت خود را کتبی ارائه دهید، ما نیز به صورت کتبی پاسخ خواهیم داد.
- می‌توانید از فرم شکایت اعضا که در وب‌سایت ما به آدرس www.alamedaalliance.org/alliancewellness موجود است، استفاده کنید. تمام ارائه‌دهندگان ما این فرم را دارند و یا ما می‌توانیم آن را برای شما پست کنیم. همچنین می‌توانید به صورت آنلاین شکایت خود را ثبت کنید. فرم تکمیل‌شده را می‌توانید به یکی از ارائه‌دهندگان Alameda Alliance Wellness تحویل دهید یا به آدرس زیر برای ما ارسال کنید:

  Attn: Grievance and Appeals
  Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، **«شکواییه تعجیلی»** است.

در صورت امکان، پاسخ شما را بلافاصله ارائه می‌کنیم. اگر با ما تماس بگیرید و شکایتی داشته باشید، ممکن است در همان تماس تلفنی پاسخ را دریافت کنید. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند که سریع پاسخ دهیم، این کار را انجام خواهیم داد.

- به اکثر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ داده می‌شود. اگر ظرف 30 روز به دلیل نیاز به اطلاعات بیشتر تصمیم‌گیری نشود، شما را به صورت کتبی مطلع می‌کنیم. همچنین وضعیت و زمان تقریبی دریافت پاسخ را ارائه می‌کنیم.
- اگر شکایت خود را به دلیل رد درخواست «تصمیم سریع درباره پوشش» یا رد درخواست «تجدیدنظر سریع» ثبت کنید، به صورت خودکار شکایت شما سریع محسوب می‌شود و ظرف 24 ساعت به آن پاسخ می‌دهیم.
- اگر به دلیل طولانی شدن زمان تصمیم‌گیری درباره پوشش یا تجدیدنظر شکایت کنید، شکایت شما به صورت خودکار سریع محسوب می‌شود و ظرف 24 ساعت به آن پاسخ می‌دهیم.

اگر با بخشی از شکایت شما یا کل آن موافقت نکنیم، به شما اطلاع می‌دهیم و دلایل خود را ارائه می‌کنیم. ما چه با شکایت موافق باشیم و چه نباشیم، پاسخ می‌دهیم.

K3. شکایات خارجی

Medicare

شما می‌توانید شکایت خود را به Medicare اطلاع دهید یا مستقیماً برای آن‌ها ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این وب‌سایت موجود است: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. لازم نیست قبل از ثبت شکایت در Medicare، شکایت خود را نزد Alameda Alliance Wellness ثبت کنید.

Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده می‌کند.

اگر بازخورد یا نگرانی دیگری دارید، یا احساس می‌کنید که برنامه سلامت مشکل شما را حل نمی‌کند، می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید با تماس با شماره 1-888-452-8609 شکایت خود را نزد بازرس مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal در اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (DHCS) کالیفرنیا ثبت کنید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند. تماس‌ها از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر برقرار است.

همچنین می‌توانید شکایت خود را نزد اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC) کالیفرنیا ثبت کنید. DMHC مسئول تنظیم و نظارت بر برنامه‌های سلامت است. می‌توانید برای دریافت کمک در مورد شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal با مرکز راهنمایی DMHC تماس بگیرید. برای موارد غیر فوری، می‌توانید اگر با تصمیم در تجدیدنظر سطح 1 موافق نیستید یا اگر برنامه ما شکایت شما را پس از 30 روز تقویمی حل نکرده است، شکایت خود را به DMHC ارائه دهید. با این حال، اگر مسئلهٔ فوری یا تهدید جدی و اضطراری برای سلامت شما وجود داشته باشد، یا درد شدید دارید، یا با تصمیم برنامه ما درباره شکایت خود موافق نیستید، یا برنامه ما پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده است، می‌توانید بدون ثبت تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

دو راه برای دریافت کمک از مرکز راهنمایی DMHC وجود دارد:

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا دارای مشکل گفتاری می‌توانند از خط رایگان TTY به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. این تماس رایگان است.
- همچنین می‌توانید به وب‌سایت اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ به آدرس www.dmhc.ca.gov مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی((OCR

اگر فکر می‌کنید با شما منصفانه رفتار نشده است، شما می‌توانید شکایت خود را نزد دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights, OCR) از وزارت بهداشت و خدمات انسانی (Health and Human Services, HHS) ثبت کنید. برای مثال، می‌توانید شکایت خود را درباره دسترسی به خدمات برای افراد دارای معلولیت یا ارائه خدمات ترجمه و کمک‌های زبانی ثبت کنید. شماره تلفن OCR: 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.hhs.gov/ocr مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR تماس بگیرید:

90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 994103
Customer Response Center: 1-800-368-1019
فکس: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697

ممکن است شما همچنین تحت قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (Americans with Disability Act, ADA) یا سایر قوانین ایالتی، از حقوقی برخوردار باشید. برای دریافت کمک می‌توانید با «برنامه بازرس» تماس بگیرید. شماره تلفن آن‌ها 1-888-452-8609 است.

QIO

اگر شکایت شما درباره کیفیت مراقبت پزشکی است، دو گزینه دارید:

- شکایت خود را مستقیماً به QIO ارائه دهید.
- شکایت خود را هم به QIO و هم به برنامه ما ارائه دهید. اگر شکایت خود را به QIO ارائه دهید، ما با آن‌ها همکاری می‌کنیم تا مشکل شما حل شود.

QIO گروهی از پزشکان و کارشناسان مراقبت‌های بهداشتی هستند که از سوی دولت فدرال حقوق دریافت می‌کنند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران Medicare را بررسی کنند و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO، به **بخش H2** یا **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، QIO با نام Commence Health شناخته می‌شود. شماره تلفن Commence Health 1-877-588-1123 است.

فصل 10: پایان عضویت شما در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید و گزینه‌های پوشش درمانی شما را پس از ترک طرح ما توضیح می‌دهد. اگر از برنامه ما خارج شوید، تا زمانی که واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *دفترچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. چه زمانی می‌توانید عضویت خود را در طرح ما به پایان برسانید 231
B. چگونگی خاتمه عضویت در طرح ما 232
C. چگونگی دریافت جداگانه خدمات Medicare و Medi-Cal 233
C1. خدمات Medicare شما 233
C2. خدمات Medi-Cal شما 236
D. اقلام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا پایان عضویت شما در طرح ما 237
E. شرایط دیگری که در آن شرایط عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد 237
F. مقررات مربوط به درخواست ترک برنامه به دلیل هرگونه مشکل مرتبط با سلامتی 238
G. حق شما برای شکایت در صورت اتمام عضویت شما در طرح ما 238
H. نحوه کسب اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت در طرح 238

A. چه زمانی می‌توانید عضویت خود را در طرح ما به پایان برسانید

اکثر افراد دارای بیمه Medicare می‌توانند عضویت خود را در زمان‌های خاصی از سال به پایان برسانند. از آنجایی که شما Medi-Cal دارید، شما می‌توانید در هر ماه از سال، عضویت خود با طرح ما را لغو کنید.

علاوه بر این، شما می‌توانید در دوره‌های زمانی زیر در هر سال، عضویت خود را در طرح ما پایان دهید:

- **دوره ثبت نام آزاد**، که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر به طول می انجامد. اگر در این دوره طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت شما در برنامه جدید از 1 ژانویه آغاز می شود.
- **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage (MA)**، از تاریخ 1 ژانویه تا 31 مارس و همچنین برای ذینفعان جدید Medicare که در یک طرح ثبت‌نام کرده‌اند، از ماه واجد شرایط بودن برای بخش A و بخش B تا آخرین روز سومین ماه واجد شرایط بودن، ادامه دارد. در صورتی که در این دوره زمانی طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد آغاز می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری نیز وجود داشته باشد که در آن واجد شرایط تغییر ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، هنگامی که:

- از محدوده خدمات ما خارج شوید،
- صلاحیت شما برای Medi-Cal یا Extra Help تغییر کرده باشد، یا
- اگر اخیراً به یک آسایشگاه یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی‌مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر در یکی از این مراکز تحت مراقبت هستید، یا به تازگی از این مراکز خارج شده‌اید.

عضویت Medicare شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما مبنی بر خروج از طرحمان را دریافت می‌کنیم، پایان می‌یابد. برای مثال، اگر درخواست شما در تاریخ 18 ژانویه به دست ما برسد، پوشش شما با طرح ما در تاریخ 31 ژانویه پایان می‌یابد. اگر در طرح دیگری ثبت‌نام کنید، پوشش جدید شما از روز اول ماه آینده (در این مثال، 1 فوریه) آغاز می‌شود.

اگر از طرح ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعات مربوط به موارد زیر را دریافت کنید:

- گزینه‌های Medicare در جدول **بخش C1**.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش C2**.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه خاتمه عضویت خود می‌توانید با شماره تلفن زیر تماس بگیرید:

- خدمات اعضا با شماره تلفن درج شده در پایین این صفحه. شماره تلفن برای کاربران TTY نیز درج شده است.
- Medicare با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- برنامه مشاوره بیمه سلامتی و حمایت کالیفرنیا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره تلفن 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر. برای اطلاعات بیشتر یا

یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید.
Health Care Options با شماره تلفن 1-844-580-7272، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 بعدازظهر. کاربران دستگاه TTY می‌توانند با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

- بازرس ویژه مراقبت‌های پزشکی مدیریت‌شده Medi-Cal با شماره تلفن 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، و یا از طریق ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov در دسترس است.

توجه: اگر در برنامه مدیریت دارو (drug management program, DMP) هستید، ممکن است نتوانید طرح خود را تغییر دهید. درخصوص برنامه‌های مدیریت دارو، به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. چگونگی خاتمه عضویت در طرح ما

اگر تصمیم به پایان دادن به عضویت خود دارید، می‌توانید این کار را از طریق ثبت‌نام در طرح دیگری از Medicare یا رفتن به سراغ Original Medicare انجام دهید. اما اگر می‌خواهید از طرح ما به Original Medicare بروید اما طرح دارویی جداگانه Medicare را انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست لغو ثبت‌نام از طرح ما را بدهید. دو روش برای درخواست لغو ثبت‌نام وجود دارد:

- می‌توانید درخواست خود را به‌صورت کتبی به ما ارائه دهید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در خصوص چگونگی انجام این کار، از طریق شماره تلفن درج شده در پایین صفحه، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.
- از طریق شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که در شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارند) می‌توانند با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. از طریق تماس با شماره تلفن 1-800-MEDICARE، می‌توانید در طرح‌های سلامتی یا دارویی دیگری از Medicare نیز ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare شما پس از ترک طرح ما در جدول صفحه 233 آمده است.
- **بخش C** در پایین، مراحلی را شامل می‌شود که می‌توانید برای ثبت نام در طرحی متفاوت انجام دهید، که این کار همچنین عضویت شما در طرح ما را پایان می‌دهد.

C. چگونگی دریافت جداگانه خدمات Medicare و Medi-Cal

در صورت تمایل به ترک طرح ما، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare که در زیر قید شده است در هر ماه از سال برای شما وجود دارد. شما در زمان‌های خاصی از سال، از جمله **دوره ثبت‌نام آزاد** و دوره **ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** ، و یا در شرایط دیگری که در **بخش A**توضیح داده شده است، یک گزینه اضافی به شرح زیر در اختیار دارید. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار پایان می‌یابد.

1. می‌توانید طرح خود را به این موارد تغییر دهید: **طرح Medicare Medi-Cal Plan یا (Medi-Medi Plan) نوعی از طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک برنامه ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمام مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، از جمله کلیه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا طرح مراقبت‌های جامع سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) در صورت واجد شرایط بودن، هماهنگ می‌کنند.** **توجه**: منظور از Medi-Medi Plan، طرح‌های یکپارچه نیازهای ویژه واجدین شرایط دوگانه (dual eligible special needs plans, D-SNP) در کالیفرنیا است.	**این کارها را باید انجام دهید:** از طریق شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد برنامه مراقبت جامع از سالمندان (PACE)، با شماره تلفن 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • با برنامه مشاوره بیمه سلامت و حمایت کالیفرنیا (HICAP)، با شماره تلفن 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. **یا** در طرح Medi-Medi Plan جدید ثبت نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدید شما آغاز می‌شود، به‌طور خودکار از طرح Medicare خود خارج خواهید شد. طرح Medi-Cal شما برای مطابقت با طرح Medi-Medi Plan شما تغییر خواهد کرد.

2. می‌توانید طرح خود را به این موارد تغییر دهید: **طرح Original Medicare همراه با طرح جداگانه دارویی Medicare و یک طرح Medi-Cal Plan.**	**این کارها را باید انجام دهید:** از طریق شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند. در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • با برنامه مشاوره بیمه سلامت و حمایت کالیفرنیا (HICAP)، با شماره تلفن 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. **یا** در طرح جدید دارویی Medicare ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش Original Medicare شما آغاز شود، به‌طور خودکار از طرح ما خارج خواهید شد. تا زمانی که خودتان طرح دیگری را انتخاب نکنید، در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند.

3. می‌توانید طرح خود را به این موارد تغییر دهید:

Original Medicare بدون طرح جداگانه دارویی Medicare، درصورتی‌که دلیل موجهی برای لغو ثبت‌نام داشته باشید

توجه: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح جداگانه دارویی Medicare ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه به Medicare اطلاع دهید که تمایلی به پیوستن ندارید.

پوشش دارویی خود را تنها در صورتی حذف کنید که از منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی داشته باشید. در صورت وجود هرگونه سؤال در مورد نیاز به پوشش دارویی، با برنامه مشاوره بیمه سلامت و حمایت کالیفرنیا (HICAP) با شماره تلفن 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.

این کارها را باید انجام دهید:

از طریق شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند.

در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:

- با برنامه مشاوره بیمه سلامت و حمایت کالیفرنیا (HICAP)، با شماره تلفن 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید.

هنگامی که پوشش Original Medicare شما آغاز شود، به‌طور خودکار از برنامه ما خارج خواهید شد.

تا زمانی که خودتان طرح دیگری را انتخاب نکنید، در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند.

4. می‌توانید طرح خود را به این موارد تغییر دهید: **هر طرح سلامتی Medicare در زمان‌های** خاصی از سال، از جمله **دوره ثبت‌نام آزاد** و **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** یا سایر شرایطی که در **بخش A توضیح داده شده است.**	**این کارها را باید انجام دهید:** از طریق شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد برنامه مراقبت جامع از سالمندان (PACE)، با شماره تلفن 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • با برنامه مشاوره بیمه سلامت و حمایت کالیفرنیا (HICAP)، با شماره تلفن 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب‌سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. **یا** در طرح جدید Medicare ثبت نام کنید. زمانی که پوشش برنامه جدید شما آغاز می‌شود، به‌طور خودکار از برنامه Medicare خود خارج خواهید شد. برنامه Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤالات مربوط به نحوه دریافت خدمات Medi-Cal پس از ترک طرح ما، با Health Care Options از طریق شماره تلفن 1-844-580-7272 تماس بگیرید. ساعات تماس از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 6 بعدازظهر می‌باشد. کاربران TTY می‌توانند با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند. یا از www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en بازدید کنید. درباره تأثیر پیوستن به طرح دیگری یا بازگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal خود سوال کنید.

D. اقلام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا پایان عضویت شما در طرح ما

در صورت ترک طرح ما، ممکن است مدتی طول بکشد تا عضویت شما به پایان برسد و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما آغاز شود. در این مدت، شما همچنان داروها و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت خواهید کرد تا زمانی که طرح جدید شما آغاز شود.

- از شبکه ارائه‌دهندگان ما برای دریافت مراقبت پزشکی استفاده کنید.
- از طریق شبکه داروخانه‌های ما، از جمله خدمات داروخانه‌های پستی ما، می‌توانید نسخه‌های خود را تهیه کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در Alameda Alliance Wellness پایان می‌یابد، در بیمارستان بستری باشید، طرح ما تا زمان ترخیص شما، هزینه اقامت شما در بیمارستان را پوشش می‌دهد. حتی اگر پوشش جدید سلامتی شما قبل از ترخیص شما شروع شود، این اتفاق خواهد افتاد.

E. شرایط دیگری که در آن شرایط عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

این‌ها مواردی هستند که در آنها مجبوریم عضویت شما در برنامه را لغو کنیم:

- در صورت وقوع وقفه در پوشش بیمه بخش A و بخش B از Medicare شما.
- اگر دیگر واجد شرایط دریافت Medi-Cal نباشید. برنامه ما برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare و هم Medi-Cal هستند. توجه: اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید، می‌توانید به طور موقت مزایای Medicare را در برنامه ما دریافت کنید. لطفاً اطلاعات زیر را در مورد دوره تعیین تکلیف مطالعه کنید. اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) ممکن است شما را از Medi-Cal حذف کنند اگر مشخص شود که دیگر واجد شرایط این برنامه نیستید.
- اگر از محدوده خدمات ما خارج شوید.
- اگر بیش از شش ماه از محدوده خدمات ما دور باشید.
  - در صورت نقل مکان یا سفر طولانی، برای اطلاع از پوشش منطقه مقصد خود در طرح بیمه، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اگر به علت جرم کیفری به زندان یا حبس محکوم شوید.
- اگر در مورد سایر بیمه‌های دارویی خود دروغ بگویید یا اطلاعاتی را پنهان کنید.
- اگر شهروند یا دارای ملیت ایالات متحده آمریکا یا غیرشهروند واجد شرایط نیستید.
  - برای عضویت در طرح ما، می‌بایست شهروند یا دارای ملیت ایالات متحده آمریکا یا غیرشهروند واجد شرایط باشید.
  - مراکز خدمات پزشکی Medicare و Medicaid (CMS) در صورت عدم واجد شرایط بودن شما برای عضویت، به ما اطلاع می‌دهند.

- در صورت عدم داشتن این شرط، ناچار به لغو ثبت‌نام شما خواهیم بود.

اگر واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار برود آن را دوباره ظرف سه (3) ماه به دست آورید، به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش Alameda Alliance Wellness ادامه می‌دهیم. با اتمام پوشش Medi-Cal، ما مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نخواهیم کرد، به‌جز مزایای بلندمدت (LTC) که تنها مزیت Medi-Cal تحت پوشش در طول این دوره استمرار است.

به شما کمک می‌کنیم واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal را دوباره به دست آورید. اگر واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal در زمانی که برای پوشش Medicare نزد ما ثبت‌نام هستید، بازگردانده شود، ما پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر می‌گیریم و ثبت‌نام شما نزد طرح ما ادامه خواهد یافت. اگر ظرف سه (3) ماه نتوانید Medi-Cal خود را به دست آورید، ثبت‌نام شما در Alameda Alliance Wellness را لغو می‌کنیم. اگر پس از لغو ثبت‌نام موفق به بازگرداندن واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal شوید، باید برای ثبت‌نام مجدد در طرح، با ما تماس بگیرید.

ما تنها به دلایل زیر و فقط در صورت کسب مجوز از Medicare و Medi-Cal می‌توانیم شما را از طرح خود خارج کنیم:

- اگر هنگام ثبت‌نام در طرح ما، عمداً اطلاعات نادرستی ارائه دهید و این اطلاعات بر واجد شرایط بودن شما برای طرح ما تأثیر بگذارد.
- اگر به‌طور مستمر رفتاری مختل‌کننده از خود نشان دهید و ارائه مراقبت‌های پزشکی به خود و سایر اعضای طرح را برای ما دشوار کنید.
- اگر اجازه دهید شخص دیگری از کارت شناسایی عضویت شما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی استفاده کند. (در صورتي كه به اين دليل عضويت شما خاتمه يابد، سازمان Medicare ممكن است از بازرس كل بخواهد پرونده شما را بررسي كند.)

F. مقررات مربوط به درخواست ترک برنامه به دلیل هرگونه مشکل مرتبط با سلامتی

به هیچ دلیل مرتبط با سلامت شما نمی‌توانیم از شما بخواهیم که طرح خود را ترک کنید. اگر فکر می‌کنید که ما به دلیل مسائل مربوط به سلامتی از شما می‌خواهیم طرح ما را ترک کنید، از طریق شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **با Medicare تماس بگیرید**. کاربران TTY باید با شماره 1.877.486.2048 تماس بگیرند.

G. حق شما برای شکایت در صورت اتمام عضویت شما در طرح ما

در صورت خاتمه عضویت شما در طرح ما، می‌بایست دلایل خود را به صورت کتبی برای شما توضیح دهیم. همچنین باید توضیح دهیم که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما برای پایان دادن به عضویت‌تان، شکایت یا اعتراض خود را ثبت کنید. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه شکایت، به **فصل 9** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

H. نحوه کسب اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت در طرح

در صورت داشتن سؤال یا تمایل به کسب اطلاعات بیشتر در مورد خاتمه عضویت خود، می‌توانید با شماره تلفن درج‌شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.

فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی است که در مورد عضویت شما در طرح ما اعمال می‌شود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعیه درباره قوانین..... 240
B. اطلاعیه فدرال درباره عدم تبعیض..... 240
C. اطلاعیه درباره عدم تبعیض در Medi-Cal..... 240
D. اطلاعیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده ثانویه و Medi-Cal به‌عنوان آخرین منبع پرداخت..... 243
E. اطلاعیه درباره بازپس‌گیری دارایی Medi-Cal..... 243
F. بازیابی مزایای پرداختی توسط طرح ما در قالب طرح Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)..... 244

A. اطلاعیه درباره قوانین

قوانین متعددی در مورد این *کتابچه راهنمای اعضا* اعمال می‌شود. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند، حتی اگر در این *کتابچه راهنمای اعضا* گنجانده نشده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند شامل قوانین فدرال و ایالتی مربوط به برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. سایر قوانین ایالتی و فدرال نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اطلاعیه فدرال درباره عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ، مذهب، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه مطالبات، تاریخچه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک بیمه‌پذیری یا محل جغرافیایی در ناحیه خدماتی تبعیض قائل نمی‌شویم. همه سازمان‌هایی که برنامه‌های Medicare Advantage ارائه می‌دهند، از جمله طرح ما، باید از قوانین فدرال مربوط به منع تبعیض پیروی کنند، از جمله: عنوان ششم قانون حقوق مدنی 1964، قانون توانبخشی 1973، قانون منع تبعیض سنی 1975، قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت، بخش 1557 قانون مراقبت مقرون به صرفه، و هر قانون یا مقررات دیگری که برای سازمان‌های دریافت‌کننده بودجه فدرال یا به هر دلیل دیگر اعمال می‌شود.

اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری داشته باشید یا نگرانی‌ای درباره تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید:

- با اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی با شماره 1.800.368.1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر همچنین می‌توانید به www.hhs.gov/ocr مراجعه کنید.

C. اطلاعیه درباره عدم تبعیض در Medi-Cal

تبعیض خلاف قانون است. Alliance از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. طرح Alliance به طور غیرقانونی افراد را به دلیل جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، ملیت، قومیت، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی مورد تبعیض یا استثناء قرار نمی‌دهد یا رفتار متفاوتی با آنها ندارد.

Alliance خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت برای کمک به برقراری ارتباط بهتر، مانند:
  - مترجمان مجرب زبان اشاره
  - اطلاعات مکتوب در سایر قالب‌ها (چاپ درشت، صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل‌دسترسی، و سایر قالب‌ها)
- ارائه خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
  - مترجم‌های شفاهی مجرب
  - اطلاعات مکتوب به سایر زبان‌ها

اگر به این خدمات نیاز دارید، با Alliance از دوشنبه تا جمعه، ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به شماره 1.510.747.4567 یا خط تلفن رایگان به شماره 1.877.932.2738 تماس بگیرید. یا اگر نمی‌توانید به خوبی بشنوید یا صحبت کنید، برای استفاده از خدمات تلفنی معلولین کالیفرنیا (California Relay Service)، با شماره 1.800.735.2929 یا 711 تماس بگیرید.

نحوه ثبت شکایت

اگر معتقدید که Alliance در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا به طور غیرقانونی تبعیضی را بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، اصل و نسب، ملیت اصلی، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی اعمال کرده است، می‌توانید شکایت خود را علیه خدمات اعضا مطرح نمایید.

مطابق قوانین و مقررات ایالتی و فدرال، شکایت‌های مربوط به تبعیض بین اعضا توسط هماهنگ‌کننده شکایت تبعیض و به شیوه‌ای منصفانه، توأم با احترام، به‌موقع، متناسب و مناسب از نظر زبانی و فرهنگی رسیدگی می‌شود.

شما می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن، پست، به‌صورت حضوری یا آنلاین ثبت کنید:

- به صورت تلفنی: از دوشنبه تا جمعه، ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، با خدمات اعضا به شماره 1.510.747.4567یا خط تلفن رایگان به شماره 1.877.932.2738 تماس بگیرید. یا اگر نمی‌توانید به خوبی بشنوید یا صحبت کنید، برای استفاده از خدمات تلفنی معلولین کالیفرنیا (California Relay Service). ، با شماره 1.800.735.2929 یا 711 تماس بگیرید.
- از طریق پست: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و آن را به آدرس زیر پست کنید:

  Attn: Grievance and Appeals Department
  Alameda Alliance for Health
  South Loop Road 1240
  Alameda, CA 94502

- به صورت حضوری: به مطب پزشک یا Alliance مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایتی ثبت کنید.
- به صورت آنلاین: به وب‌سایت Alliance به نشانی www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی، دفتر حقوق مدنی، به صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی مطرح کنید:

- به صورت تلفنی: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، با شماره 711 (خدمات انتقال مخابراتی برای افراد دارای اختلال شنوایی یا گفتاری (Telecommunications Relay Service) تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال نمایید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در وب‌سایت www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود است.

- به صورت الکترونیکی: یک ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

اگر دارای معلولیت هستید و برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا ارائه‌دهنده نیاز به کمک دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل در دسترسی با صندلی چرخدار، خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

دفتر حقوق مدنی – اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی خود را نزد اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS)، دفتر حقوق مدنی به صورت تلفنی، از طریق پست یا آنلاین مطرح کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 1.916.440.7370 تماس بگیرید. یا اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، با شماره 711 (خدمات انتقال مخابراتی برای افراد دارای اختلال شنوایی یا گفتاری Telecommunications) Relay Service) تماس بگیرید.
- از طریق پست: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر پست کنید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در وب‌سایت www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود است.

- به صورت آنلاین: یک ایمیل به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

D. اطلاعیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده ثانویه و Medi-Cal به‌عنوان آخرین منبع پرداخت

گاهی اوقات شخص دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم، پرداخت کند. برای مثال، اگر درگیر یک تصادف رانندگی باشید یا در محل کار آسیب ببینید، بیمه یا غرامت کارگران باید ابتدا پرداخت را انجام دهد.

در مواردی که Medicare اولین پرداخت‌کننده نباشد، ما حق و مسئولیت دریافت هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را داریم.

ما از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث در قبال خدمات درمانی ارائه‌شده به اعضا پیروی می‌کنیم. ما تمام اقدامات معقول را انجام می‌دهیم تا اطمینان حاصل کنیم Medi-Cal آخرین منبع پرداخت است.

اعضای Medi-Cal باید پیش از Medi-Cal از تمام پوشش‌های درمانی دیگر (other health coverage, OHC) استفاده کنند، زیرا Medi-Cal به عنوان «آخرین منبع پرداخت» عمل می‌کند و در صورتی که همان خدمت درمانی تحت پوشش بیمه دیگری شما قرار داشته باشد، ابتدا باید از آن استفاده کنید. این بدان معناست که در اغلب موارد Medi-Cal پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به Medicare یا OHC خواهد بود و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط طرح ما یا سایر OHCها را تا سقف نرخ Medi-Cal پوشش می‌دهد.

E. اطلاعیه درباره بازپس‌گیری دارایی Medi-Cal

برنامه Medi-Cal موظف است هزینه خدماتی را که از طریق مزایای Medi-Cal و پس از رسیدن عضو به سن 55 سالگی یا پس از آن ارائه شده‌اند، از دارایی مشمول انحصار وراثت برخی از اعضای فوت‌شده مطالبه کند. بازپرداخت شامل پرداخت در ازای خدمات و حق بیمه/پرداخت‌های سرانه‌ای مراقبت‌های مدیریت‌شده برای خدمات مرکز پرستاری، خدمات خانگی و جامعه‌محور، و خدمات مرتبط بیمارستانی و داروهای تجویزی است که در زمانی که عضو در یک مرکز پرستاری بستری بود یا خدمات خانگی و جامعه‌محور دریافت می‌کرد، به او ارائه شده است. مبلغ بازپرداخت نمی‌تواند بیش از ارزش دارایی تحت انحصار وراثت عضو باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب‌سایت بازپس‌گیری دارایی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (Department of Health Care Services) به نشانی www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

F. بازیابی مزایای پرداختی توسط طرح ما در قالب طرح Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)

هنگامی که دچار آسیب‌دیدگی هستید:

اگر به‌خاطر اقدام فرد، شرکت دیگر یا خودتان («طرف مسئول») دچار آسیب‌دیدگی، بیماری یا عارضه شدید، طرح ما مزایایی برای خدمات تحت پوششی که دریافت می‌کنید، ارائه می‌دهد. با این حال، اگر به‌دلیل آسیب‌دیدگی، بیماری یا عارضه مبلغی دریافت می‌کنید یا مستحق دریافت آن باشید، چه از طریق سازش، رأی دادگاه یا هر پرداخت دیگر مرتبط با آسیب‌دیدگی، بیماری یا عارضه، طرح ما و/یا ارائه‌دهندگان درمانگر این حق را برای خود محفوظ می‌دانند که مبلغ خدمات ارائه‌شده به شما از طریق این طرح را مطابق با قانون ایالتی ذی‌ربط دریافت کنند.

اصطلاح «طرف مسئول» به‌معنای هر فرد یا نهادی است که عملاً یا احتمالاً مسئول آسیب‌دیدگی، بیماری یا عارضه شماست. این اصطلاح شامل شرکت بیمه مسئولیت یا بیمه‌گر دیگری است که مسئول فرد یا نهاد است.

حق طرح ما درزمینه بازپس‌گیری در رابطه با تمام وجوهی اعمال می‌شود که از طرف مسئول مطابق با مقررات و قوانین ایالتی و فدرال ذی‌ربط دریافت می‌کنید.

فصل 12: تعریف اصطلاحات مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌هاست که در سراسر *کتابچه راهنمای اعضا* استفاده شده‌اند. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر اصطلاحی را که به دنبال آن هستید پیدا نکردید یا به اطلاعات بیشتری فراتر از تعریف ارائه شده نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فعالیت‌های روزمره زندگی (Activities of daily living, ADL): کارهایی که افراد در یک روز عادی انجام می‌دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) یک قاضی است که پرونده‌های مربوط به سازمان‌های دولتی را بررسی کرده و درباره آن‌ها تصمیم‌گیری می‌کند. یک قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

برنامه کمک دارویی برای بیماران AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP): برنامه‌ای که به افراد واجد شرایط مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/سندرم اکتسابی نقص ایمنی (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) کمک می‌کند تا به داروهای حیاتی HIV دسترسی پیدا کنند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی‌های سرپایی را برای بیمارانی ارائه می‌دهد که نیاز به بستری شدن در بیمارستان ندارند و انتظار نمی‌رود بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تجدیدنظر: راهی برای اعتراض به اقدامات ما در صورتی که فکر می‌کنید اشتباهی رخ داده است. شما می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر، از ما بخواهید تصمیم پوشش را تغییر دهیم. فصل 9 از این *کتابچه راهنمای اعضا*، درخواست‌های تجدیدنظر و نحوه ارائه آن‌ها را توضیح می‌دهد.

صورت‌الحساب مابه‌التفاوت: فرایندی که ارائه‌دهنده مابه‌التفاوت بین هزینه‌های کامل صورت‌حساب‌شده ارائه‌دهنده و مبلغ پرداختی از طرف طرح سلامت بیمار را از بیمار مطالبه می‌کند.

بهداشت رفتاری: به وضعیت عاطفی، روانی و اجتماعی ما اشاره دارد. به عبارت ساده‌تر: به نحوه فکر کردن، احساس کردن و تعامل ما با دیگران مربوط می‌شود. این اصطلاح جامع، به خدمات مربوط به سلامت روان و اختلالات سوء مصرف مواد اشاره دارد.

محصول زیستی: دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری یا مخمر ساخته می‌شود. محصولات زیستی پیچیده‌تر از سایر داروها هستند و نمی‌توان آن‌ها را دقیقاً نسخه‌برداری کرد؛ بنابراین نسخه‌های جایگزین آن‌ها را بیوسیمیلار می‌نامند. (همچنین به «محصول زیستی اصلی» و «بیوسیمیلار» مراجعه کنید.)

بیوسیمیلار: داروی زیستی که بسیار شبیه محصول زیستی اصلی محسوب می‌شود اما دقیقاً با آن یکسان نیست. بیوسیمیلارها به اندازه محصول زیستی اصلی ایمن و مؤثر هستند. برخی از داروهای بیوسیمیلار ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید، در داروخانه جایگزین محصول زیستی اصلی شوند. (به «بیوسیمیلار قابل جایگزینی» مراجعه کنید.)

داروی برند: دارویی که توسط همان شرکتی ساخته و فروخته می‌شود که دارو را در اصل تولید کرده است. داروهای برند دارای همان مواد تشکیل‌دهنده نسخه‌های ژنریک خود هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر تولید و فروخته می‌شوند و معمولاً تا پایان اعتبار مجوز ثبت اختراع داروی برند در دسترس نیستند.

هماهنگ‌کننده مراقبت: یک فرد اصلی که با شما، طرح درمانی و ارائه‌دهندگان مراقبت شما همکاری می‌کند تا مطمئن شود مراقبت‌های مورد نیازتان را دریافت می‌کنید.

برنامه مراقبت: به «برنامه مراقبت فردی» مراجعه کنید.

تیم مراقبت: به «تیم مراقبت میان‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

سازمان خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. فصل 2 از این *کتابچه راهنمای اعضا*، نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, CBAS): برنامه خدمات سرپایی مبتنی بر مرکز که مراقبت‌های پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان‌های شغلی و گفتاری، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایط که معیارهای صلاحیت لازم را دارند، ارائه می‌دهد.

شکایت: بیانیه کتبی یا شفاهی که بیان می‌کند شما مشکل یا نگرانی‌ای در مورد خدمات یا مراقبت‌های تحت پوشش خود دارید. این شامل هر نگرانی درباره کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت شما، ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما یا داروخانه‌های عضو شبکه ما می‌شود. اصطلاح رسمی برای «ثبت شکایت»، «ثبت اعتراض» است.

مرکز توان‌بخشی سرپایی جامع (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توان‌بخشی پس از بیماری، حادثه یا عمل جراحی بزرگ ارائه می‌دهد. این مرکز مجموعه‌ای از خدمات را ارائه می‌دهد، از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روان‌شناختی، درمان تنفسی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

تصمیم پوشش: تصمیمی درباره اینکه چه مزایایی تحت پوشش ما قرار می‌گیرد. این شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا میزان پرداخت ما برای خدمات بهداشتی شما است. فصل 9 از این *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید از ما درخواست تصمیم پوشش کنید.

داروهای تحت پوشش: اصطلاحی که ما برای اشاره به تمام داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه (over-the-counter, OTC) که تحت پوشش طرح ما هستند، استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: اصطلاح کلی که ما برای اشاره به تمام خدمات بهداشتی، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، ملزومات، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد، استفاده می‌کنیم.

آموزش شایستگی فرهنگی: آموزشی که دستورالعمل‌های اضافی برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی ما فراهم می‌کند تا آن‌ها بتوانند پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما را بهتر درک کرده و خدمات را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما تطبیق دهند.

اداره خدمات بهداشتی درمانی (Department of Health Care Service, DHCS): اداره ایالتی کالیفرنیا که برنامه **Medicaid** (معروف به **Medi-Cal**) را اجرا می‌کند.

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده (Department of Managed Health Care, DMHC): اداره ایالتی کالیفرنیا که مسئول تنظیم بیشتر طرح‌های درمانی است. DMHC به افراد در زمینه درخواست‌ها و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک می‌کند. DMHC همچنین بررسی‌های مستقل پزشکی (Independent Medical Reviews, IMR) را انجام می‌دهد.

لغو عضویت: فرآیند پایان دادن به عضویت شما در طرح ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (به انتخاب خود شما) یا غیر داوطلبانه (بدون انتخاب شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (Drug management program, DMP): برنامه‌ای که به حصول اطمینان از استفاده ایمن اعضا از داروهای افیونی تجویزی و سایر داروهای پرمصرف کمک می‌کند.

ردیف‌های دارویی: گروه‌هایی از داروها در *فهرست داروهای* ما. داروهای ژنریک و برند نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر دارو در *فهرست داروها* در یکی (1) از ردیف‌ها قرار دارد.

طرح نیازهای ویژه برای واجدین شرایط دوگانه (Dual eligible special needs plan, D-SNP): طرح درمانی که به افرادی خدمات می‌دهد که هم برای Medicare و هم Medicaid واجد شرایط هستند. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME): برخی اقلام خاص که پزشک شما برای استفاده در منزل تجویز می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام شامل ویلچر، عصا، تشک‌های برقی، ملزومات دیابت، تخت بیمارستانی برای استفاده خانگی، پمپ‌های تزریق وریدی، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و ملزومات اکسیژن، نبولایزرها و واکرها هستند.

وضعیت اورژانسی: شرایط پزشکی که در آن شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در زمینه سلامت باور دارد که علائم پزشکی شما نیاز به مراقبت فوری دارد تا از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن، یا از دست رفتن یا اختلال شدید در عملکرد بدن جلوگیری شود (و برای زنان باردار، از دست دادن جنین). علائم پزشکی ممکن است شامل بیماری، آسیب، درد شدید یا وضعیت پزشکی باشد که به شدت رو به وخامت می‌رود.

مراقبت اورژانسی: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌دهنده آموزش‌دیده در ارائه خدمات اورژانسی برای درمان وضعیت پزشکی یا روانی اورژانسی ارائه می‌شود.

استثنا: مجوز دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا برای استفاده از دارو بدون رعایت برخی قوانین و محدودیت‌ها.

خدمات مستثنی: خدماتی که تحت پوشش این طرح درمانی قرار ندارند.

کمک اضافی (Extra Help): برنامه Medicare که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های دارویی Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه شده را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین به «یارانه افراد کم‌درآمد» یا «Low-Income Subsidy, LIS» معروف است.

داروی ژنریک: دارویی که توسط FDA برای جایگزینی داروی برند تأیید شده است. داروی ژنریک دارای همان مواد تشکیل‌دهنده نسخه‌های برند خود است. معمولاً ارزان‌تر است و به همان خوبی داروی برند عمل می‌کند.

اعتراض: شکایتی که از ما یا یکی از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های عضو شبکه ما مطرح می‌کنید. این شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط طرح درمانی است.

برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه درباره Medicare ارائه می‌دهد. فصل 2 از این *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که چگونه با HICAP تماس بگیرید.

طرح درمانی: سازمانی متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌دهندگان. طرح درمانی هماهنگ‌کنندگان مراقبتی را نیز شامل می‌شود تا به شما در مدیریت همه ارائه‌دهندگان و خدمات کمک کنند. همه آن‌ها با هم کار می‌کنند تا مراقبتی که نیاز دارید را ارائه دهند.

ارزیابی ریسک سلامت (Health risk assessment, HRA): بررسی سابقه پزشکی و وضعیت فعلی شما. از آن برای شناخت وضعیت سلامت شما و نحوه تغییر احتمالی آن در آینده استفاده می‌شود.

دستیار سلامت در منزل: فردی که خدماتی ارائه می‌دهد که به مهارت پرستار یا درمانگر دارای مجوز نیاز ندارند، مثل کمک در مراقبت شخصی (مانند استحمام، استفاده از سرویس بهداشتی، لباس پوشیدن یا انجام تمرینات تجویزشده). دستیاران سلامت در منزل مجوز پرستاری ندارند و درمان ارائه نمی‌دهند.

مراقبت تسکینی: یک برنامه مراقبت و حمایت برای کمک به افرادی که پیش‌آگهی بیماری آن‌ها به مرحله پایانی رسیده است، تا به راحتی زندگی کنند. پیش‌آگهی پایانی به این معنی است که پزشک تأیید کرده که فرد به یک بیماری لاعلاج مبتلاست و امید به زندگی شش ماه یا کمتر دارد.

- فردی که پیش‌آگهی پایانی دارد، می‌توانید مراقبت تسکینی را انتخاب کند.
- تیمی متخصص و آموزش‌دیده از حرفه‌ای‌ها و مراقبان، مراقبتی جامع شامل نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی ارائه می‌دهد.
- ما موظفیم فهرستی از ارائه‌دهندگان مراقبت تسکینی در منطقه جغرافیایی شما ارائه دهیم.

صورتحساب نادرست/نامناسب: شرایطی که در آن ارائه‌دهنده (مانند پزشک یا بیمارستان) مبلغی بیش از سهم هزینه ما برای خدمات از شما دریافت کند. اگر صورتحسابی دریافت کردید که آن را متوجه نمی‌شوید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

به‌عنوان عضو طرح، شما فقط سهم هزینه تعیین‌شده توسط طرح ما را هنگام دریافت داروهای تحت پوشش پرداخت می‌کنید. ما به ارائه‌دهندگان **اجازه نمی‌دهیم** مبلغی بیش از این مقدار از شما دریافت کنند.

خدمات حمایتی در منزل (In Home Supportive Services, IHSS): برنامه IHSS به پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان مراقبت ثبت‌نام‌شده برای خدماتی که به شما ارائه می‌شود کمک می‌کند تا بتوانید با ایمنی در منزل خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت خارج از منزل مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز مراقبتی است. برای دریافت خدمات، ارزیابی‌ای انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر فرد، نوع خدمات قابل تأیید مشخص شود. خدماتی که می‌توان از طریق IHSS تأیید کرد شامل نظافت منزل، تهیه غذا، شست‌وشو، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از دفع ادرار و مدفوع، استحمام، نظافت شخصی و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در مراجعه به پزشک و نظارت حمایتی برای افراد دارای اختلالات ذهنی است. ادارات خدمات اجتماعی کانتی‌ها مسئول اجرای IHSS هستند.

بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR): اگر درخواست شما برای خدمات یا درمان پزشکی رد شود، می‌توانید اعتراض کنید. اگر با تصمیم ما مخالف باشید و مشکل شما مربوط به خدمات Medi-Cal از جمله تجهیزات DME و داروها باشد، می‌توانید از اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care) درخواست IMR کنید. بررسی مستقل پزشکی ارزیابی پرونده شما توسط کارشناسانی است که بخشی از طرح ما نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمت یا درمان درخواستی را به شما ارائه کنیم. شما هیچ هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

سازمان بررسی مستقل (Independent review organization, IRO): سازمانی مستقل که توسط Medicare استخدام می‌شود تا اعتراض سطح 2 را بررسی کند. این سازمان به ما وابسته نیست و یک نهاد دولتی هم نیست. این سازمان تعیین می‌کند که آیا تصمیم ما درست بوده یا باید تغییر کند. Medicare بر کار این سازمان نظارت می‌کند. نام رسمی آن نهاد بررسی مستقل است.

برنامه مراقبتی فردی (Individualized Care Plan, ICP) یا برنامه مراقبتی): برنامه‌ای برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و نحوه دریافت آن‌ها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت باشد.

بیمار بستری: اصطلاحی که زمانی استفاده می‌شود که شما رسماً برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی در بیمارستان پذیرش می‌شوید. اگر به‌طور رسمی پذیرش نشده باشید، حتی در صورتی که شب را در بیمارستان بمانید، همچنان ممکن است به‌عنوان بیمار سرپایی محسوب شوید نه بستری.

برنامه نیازهای ویژه دوگانه (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) یکپارچه: طرح نیازهای ویژه برای واجدین شرایط دوگانه که Medicare و بیشتر یا همه خدمات Medicaid را تحت یک طرح درمانی یا طرح‌های درمانی وابسته برای برخی گروه‌ها که واجد شرایط هر دو پوشش هستند ارائه می‌دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلار قابل جایگزینی: بیوسیمیلاری که ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید، در داروخانه جایگزین شوند زیرا الزامات اضافی برای جایگزینی خودکار را دارد. جایگزینی خودکار در داروخانه تابع قوانین ایالتی است.

تیم مراقبتی بین‌رشته‌ای (Interdisciplinary Care Team, ICT) یا تیم مراقبتی): تیمی که ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان سلامت باشد تا به شما برای دریافت مراقبت موردنیاز کمک کنند. تیم مراقبتی شما همچنین به شما در تهیه یک برنامه مراقبتی کمک می‌کند.

***فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها)*: فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. *فهرست داروها* نشان می‌دهد که آیا برای دریافت داروهای خود باید قوانینی را رعایت کنید یا خیر. *فهرست داروها* گاهی به نام «فهرست دارویی» نیز شناخته می‌شود.**

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (Long-term services and supports, LTSS): این خدمات به بهبود یک وضعیت پزشکی مزمن کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند در منزل خود بمانید تا نیازی به رفتن به مرکز پرستاری یا بیمارستان نداشته باشید. خدمات LTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, CBAS) که به آن مراقبت روزانه سلامت بزرگسالان نیز گفته می‌شود، مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) و حمایت‌های اجتماعی است. برنامه‌های IHSS و معافیت c)1915) از خدمات LTSS تحت پوشش Medi-Cal هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

یارانه افراد کم‌درآمد **(LIS): به «Extra Help» مراجعه کنید.**

برنامه سفارش پستی: برخی طرح‌ها برنامه‌ای ارائه می‌دهند که به شما امکان می‌دهد داروی نسخه‌ای تحت پوشش خود را تا سه ماه مستقیماً در منزل دریافت کنید. این می‌تواند روشی مقرون‌به‌صرفه و آسان برای تهیه داروهای مصرفی معمول شما باشد.

Medicaid (یا کمک پزشکی): برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و ایالت اجرا می‌شود و به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت و هزینه‌های درمانی را بپردازند. Medi-Cal: این نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا است.

Medi-Cal: این نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط ایالت مدیریت می‌شود و هزینه‌های آن توسط ایالت و دولت فدرال پرداخت می‌گردد.

- این برنامه به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت و هزینه‌های درمانی را بپردازند.
- این برنامه خدمات اضافی و برخی داروهایی را که تحت Medicare پوشش داده نمی‌شوند، پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در ایالت‌های مختلف متفاوت هستند، اما اگر واجد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه‌های درمانی پوشش داده می‌شوند.

برنامه‌های Medi-Cal: برنامه‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal مانند خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، تجهیزات پزشکی و حمل‌ونقل را پوشش می‌دهند. مزایای Medicare جداگانه هستند.

ضرورت پزشکی: این اصطلاح خدمات، ملزومات یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک وضعیت پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت کنونی شما لازم هستند. این شامل مراقبتی است که مانع بستری شدن شما در بیمارستان

یا مرکز پرستاری می‌شود. همچنین به این معناست که خدمات، ملزومات یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده در علم پزشکی مطابقت دارند.

Medicare: **برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال به بالا، برخی افراد زیر 65 سال با ناتوانی‌های خاص، و افرادی با بیماری کلیوی در مرحله پایانی (به طور کلی کسانی که دچار نارسایی دائمی کلیه هستند و به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند). افراد تحت پوشش Medicare می‌توانند خدمات درمانی خود را از طریق Original Medicare یا یک طرح مراقبت مدیریت‌شده دریافت کنند (به «طرح درمانی» مراجعه کنید).**

Medicare Advantage: **برنامه‌ای از Medicare که با نام «Medicare بخش C» یا «MA» نیز شناخته می‌شود و طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها پرداخت می‌کند تا مزایای Medicare شما را پوشش دهند.**

شورای تجدیدنظر Medicare **(شورا): شورایی که درخواست‌های تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. این شورا بخشی از دولت فدرال است.**

خدمات تحت پوشش Medicare**: خدماتی که تحت Medicare بخش A و Medicare بخش B پوشش داده می‌شوند. همه طرح‌های درمانی Medicare، از جمله طرح ما، باید تمامی خدمات تحت Medicare بخش A و Medicare بخش B را پوشش دهند.**

برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP)**: یک برنامه ساختاریافته تغییر رفتارهای سلامت است که آموزش‌هایی در زمینه تغییرات بلندمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و راهبردهایی برای غلبه بر چالش‌های حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم ارائه می‌دهد.**

بیمه‌شده Medicare-Medi-Cal**: فردی که واجد شرایط پوشش Medicare و Medicaid باشد. یک بیمه‌شده Medicare-Medicaid همچنین «فرد واجد شرایط دوگانه» نامیده می‌شود.**

Medicare **بخش** A**: برنامه Medicare که بیشتر مراقبت‌های بیمارستانی ضروری، مرکز مراقبت پرستاری تخصصی، مراقبت در منزل و مراقبت‌های تسکینی را پوشش می‌دهد.**

Medicare **بخش** B**: برنامه Medicare که خدمات (مانند آزمایش‌های آزمایشگاهی، جراحی‌ها و ویزیت‌های پزشک) و وسایل (مانند ویلچر و واکر) را که برای درمان یک بیماری یا وضعیت پزشکی ضروری هستند پوشش می‌دهد. Medicare بخش B همچنین بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را پوشش می‌دهد.**

Medicare **بخش** C**: برنامه Medicare که به عنوان «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود و به شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق یک طرح MA ارائه دهند.**

Medicare بخش D: برنامه مزایای دارویی Medicare. ما به اختصار این برنامه را «بخش D» می‌نامیم. Medicare بخش D داروهای سرپایی، واکسن‌ها و برخی اقلامی را که تحت Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medicaid پوشش داده نمی‌شوند، پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که تحت Medicare بخش D پوشش داده می‌شوند. کنگره به‌طور مشخص برخی دسته‌های دارویی را از پوشش Medicare بخش D مستثنی کرده است. Medicaid ممکن است بعضی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی (Medication Therapy Management, MTM): یک برنامه Medicare بخش D برای نیازهای پیچیده درمانی است که به افراد واجد شرایط یا افرادی که در برنامه مدیریت دارو قرار دارند ارائه می‌شود. خدمات MTM معمولاً شامل یک گفت‌وگو با داروساز یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی برای بررسی داروها است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

طرح Medi-Medi: طرح Medi-Medi نوعی از طرح Medicare Advantage است. این برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک برنامه ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات دو برنامه را هماهنگ می‌کنند، از جمله تمامی خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal.

عضو (عضو طرح ما): فردی که Medicare و Medi-Cal دارد، واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش است، در طرح ما ثبت‌نام کرده و ثبت‌نام او توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده است.

***کتابچه راهنمای اعضا* و افشای اطلاعات: این سند همراه با فرم ثبت‌نام شما و هرگونه پیوست یا ضمیمه، پوشش بیمه‌ای شما، وظایف ما، حقوق شما و مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضو طرح ما را توضیح می‌دهد.**

خدمات اعضا: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به پرسش‌های شما درباره عضویت، مزایا، اعتراضات و تجدیدنظرها است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 2 از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

داروخانه عضو شبکه: داروخانه‌ای که پذیرفته است نسخه‌های اعضای طرح ما را ارائه دهد. ما آن‌ها را «داروخانه‌های عضو شبکه» می‌نامیم زیرا پذیرفته‌اند با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، نسخه‌های شما تنها زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرد که در یکی از داروخانه‌های عضو شبکه ما ارائه شود.

ارائه‌دهنده عضو شبکه: ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری می‌کنند. این ارائه‌دهندگان موافقت می‌کنند پرداخت ما را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند. هماهنگی‌های لازم را انجام داده‌ایم تا این ارائه‌دهندگان، خدمات تحت پوشش را به شما بپردازند. ارائه‌دهندگان شبکه بابت خدمات مراقبتی که به شما ارائه می‌دهند، مستقیماً برای ما صورت‌حساب ارسال می‌کنند. هنگام استفاده از خدمات ارائه‌دهندگان شبکه، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش نمی‌پردازید. «ارائه‌دهنده» اصطلاح کلی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که خدمات و مراقبت ارائه می‌دهند، به‌کار می‌بریم. این اصطلاح همچنین شامل بیمارستان‌ها، مراکز مراقبت در منزل، کلینیک‌ها و سایر مکان‌هایی می‌شود که خدمات بهداشتی، تجهیزات پزشکی و خدمات و پشتیبانی بلندمدت ارائه می‌دهند.

خانه سالمندان یا مرکز مراقبت: مرکزی که به افرادی مراقبت ارائه می‌دهد که نمی‌توانند مراقبت خود را در منزل دریافت کنند اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند.

دفتر بازرس: دفتری در ایالتتان که به نمایندگی از شما به‌عنوان مدافع عمل می‌کند. اگر مشکلی یا شکایتی دارید، آن‌ها می‌توانند به پرسش‌های شما پاسخ دهند و می‌توانند به شما کمک کنند بفهمید چه کاری باید انجام دهید. خدمات دفتر بازرس رایگان است. می‌توانید اطلاعات بیشتر را در **فصل‌های 2 و 9 از این *کتابچه راهنمای اعضا* پیدا کنید.**

تعیین تکلیف سازمانی: طرح ما زمانی تعیین تکلیف سازمانی انجام می‌دهد که ما یا یکی از ارائه‌دهندگان ما درباره پوشش خدمات یا میزان پرداخت شما برای خدمات تحت پوشش تصمیم بگیریم. تعیین تکلیف سازمانی، «تصمیمات پوشش» نامیده می‌شود. **فصل 9 از این *کتابچه راهنمای اعضا* تصمیمات پوشش را توضیح می‌دهد.**

محصول زیستی اصلی: محصول زیستی که توسط FDA تأیید شده و به‌عنوان مرجع برای تولیدکنندگان نسخه‌های بیوسیمیلار استفاده می‌شود. این محصولات همچنین «محصول مرجع» نامیده می‌شود.

Original Medicare **(Medicare سنتی یا Medicare پرداخت به ازای خدمت):** دولت Original Medicare را ارائه می‌دهد. تحت Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغ تعیین‌شده توسط کنگره به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی پوشش داده می‌شوند.

- می‌توانید از خدمات هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی که Medicare را می‌پذیرد استفاده کنید. Original Medicare دو بخش دارد: Medicare بخش A (بیمه بیمارستان) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در سراسر ایالات متحده در دسترس است.
- اگر نمی‌خواهید عضو طرح ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که برای همکاری با طرح ما جهت هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما موافقت نکرده است. طرح ما بیشتر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه‌دهنده یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکزی که تحت استخدام یا مالکیت طرح ما نیست و تحت قرارداد برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما قرار ندارد. فصل 3 از این *کتابچه راهنمای اعضا* ، ارائه‌دهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه دارو یا داروهایی هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه پزشک خریداری کند.

بخش A: به «Medicare بخش A» مراجعه کنید.

بخش B: به «Medicare بخش B» مراجعه کنید.

بخش C: به «Medicare بخش C» مراجعه کنید.

بخش D: به «Medicare بخش D» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

اطلاعات سلامت شخصی (که به آن اطلاعات سلامت محافظت‌شده نیز گفته می‌شود) (Protected health information, PHI): اطلاعاتی درباره شما و وضعیت سلامتتان، مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، ملاقات‌های پزشک و سابقه پزشکی شما. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI به اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.

خدمات پیشگیرانه: مراقبت‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری یا شناسایی بیماری در مراحل اولیه، زمانی که درمان بیشترین اثر را دارد (برای مثال، خدمات پیشگیرانه شامل آزمایش پاپ اسمیر، واکسن آنفولانزا و ماموگرافی غربالگری است).

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (Primary care provider, PCP): پزشک یا ارائه‌دهنده‌ای که ابتدا برای بیشتر مشکلات سلامت خود به او مراجعه می‌کنید. آن‌ها اطمینان می‌دهند که مراقبت لازم برای حفظ سلامت را دریافت کنید.

- آن‌ها همچنین ممکن است با سایر پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درباره مراقبت شما مشورت کنند و شما را به آن‌ها ارجاع دهند.
- در بسیاری از طرح‌های Medicare، قبل از استفاده از خدمات هر ارائه‌دهنده دیگری، باید از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود کمک بگیرید.
- برای اطلاعات درباره دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه به **فصل 3** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اجازه قبلی (Prior authorization, PA): تأییدی که قبل از دریافت یک خدمت یا داروی خاص یا استفاده از ارائه‌دهنده خارج از شبکه باید از ما دریافت کنید. اگر ابتدا تأیید دریافت نکنید، طرح ما ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما برخی خدمات پزشکی درون شبکه را تنها در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک یا ارائه‌دهنده عضو شبکه شما از ما اجازه قبلی دریافت کند.

- خدمات تحت پوشش که نیاز به اجازه قبلی طرح ما دارند در **فصل 4** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مشخص شده‌اند.

طرح ما برخی داروها را تنها در صورتی پوشش می‌دهد که اجازه قبلی از ما دریافت کنید.

- داروهای تحت پوشش که نیاز به اجازه قبلی طرح ما دارند در *فهرست داروهای تحت پوشش* مشخص شده و قوانین مربوط در وب‌سایت ما منتشر شده‌اند.

برنامه مراقبت جامع سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را برای افراد 55 سال و بالاتر که به سطح بالاتری از مراقبت برای زندگی در منزل نیاز دارند، پوشش می‌دهد.

پروتز و ارتز: وسایل پزشکی که توسط پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی شما تجویز می‌شوند و عبارتند از، اما نه محدود به، بریس‌های بازو، کمر و گردن؛ اندام‌های مصنوعی؛ چشم‌های مصنوعی؛ و وسایلی که برای جایگزینی یک عضو یا عملکرد داخلی بدن مورد نیاز هستند، از جمله لوازم استومی و تغذیه خوراکی و تزریقی.

ارائه‌دهندگان: به پزشکان، پرستاران و سایر افرادی گفته می‌شود که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند و دارای مجوز از طرف ایالت هستند. بیمارستان‌ها، سازمان‌های سلامت در منزل، کلینیک‌ها و سایر مکان‌هایی که خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و LTSS خاصی به شما ارائه می‌کنند نیز جزء ارائه‌دهندگان به حساب می‌آیند.

سازمان بهبود کیفیت (Quality improvement organization, QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصان بهداشتی که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد تحت پوشش Medicare کمک می‌کنند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت ارائه‌شده به بیماران، به QIO هزینه پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به فصل 2 از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

سقف مقدار: محدودیتی بر میزان دارویی که می‌توانید داشته باشید. ما ممکن است میزان داروی تحت پوشش خود را در هر نسخه محدود کنیم.

ابزار مزایای لحظه‌ای: پرتال یا برنامه کامپیوتری که در آن اعضا می‌توانند داروهای تحت پوشش و اطلاعات مزایا را به‌طور کامل، دقیق، به‌موقع و متناسب با شرایط بالینی و مخصوص خود مشاهده کنند. این شامل مبالغ سهم هزینه، داروهای جایگزین که ممکن است برای همان عارضه سلامت استفاده شوند و محدودیت‌های پوشش (اجازه قبلی، درمان گام به گام، محدودیت‌های مقدار) که بر داروهای جایگزین اعمال می‌شود، خواهد بود.

ارجاع: ارجاع، تأیید ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما (primary care provider, PCP) یا ما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP شما است. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما هزینه خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از برخی متخصصان، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به ارجاع ندارید.اطلاعات بیشتر در مورد ارجاعات را می‌توانید در فصل‌های 3 و 4 از این *کتابچه راهنمای اعضا* پیدا کنید.

خدمات توانبخشی: درمانی که برای کمک به بهبودی از بیماری، حادثه یا عمل جراحی بزرگ دریافت می‌کنید. این خدمات شامل مراقبت توان‌بخشی سرپایی، فیزیوتراپی (سرپایی)، زبان و گفتاردرمانی و کاردرمانی است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی به فصل 4 از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مرتبط با سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (sexually transmitted infections, STI)، HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت تأییدکننده جنسیت، و خشونت شریک صمیمی.

منطقه خدماتی: یک منطقه جغرافیایی است که طرح درمانی، در صورتی که عضوگیری خود را بر اساس محل زندگی افراد محدود کند، در آن منطقه عضو می‌پذیرد. برای طرح‌هایی که محدودیت در انتخاب پزشکان و بیمارستان‌ها دارند، معمولاً این منطقه، محلی است که می‌توانید خدمات عادی (غیراضطراری) دریافت کنید. تنها افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند در طرح ما ثبت‌نام کنند.

مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF): مرکز پرستاری با پرسنل و تجهیزات لازم برای ارائه مراقبت‌های پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات بهداشتی مرتبط.

مراقبت مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF): مراقبت پرستاری تخصصی و خدمات توانبخشی که به‌طور مستمر و روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی ارائه می‌شوند. نمونه‌هایی از مراقبت مرکز پرستاری تخصصی شامل فیزیوتراپی یا تزریقات وریدی (intravenous, IV) است که یک پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند ارائه دهد.

متخصص: پزشکی که مشکلات خاصی از مراقبت‌های بهداشتی را درمان می‌کند. برای مثال، جراح ارتوپد، استخوان‌های شکسته را درمان می‌کند؛ متخصص آلرژی، آلرژی‌ها را و دکتر قلب، مشکلات قلبی را درمان می‌کند. در بسیاری از موارد، عضو برای مراجعه به متخصص، به ارجاع از سوی PCP خود نیاز دارید.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های تخصصی به فصل 5 از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر شما، یک خدمت Medi-Cal درخواست کند که ما آن را تأیید نمی‌کنیم، یا برای خدمتی که قبلاً دریافت کرده‌اید و ما پرداخت را ادامه نمی‌دهیم، در این صورت می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر تصمیم دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمت یا درمان درخواستی را به شما ارائه کنیم.

درمان گام به گام: قانونی برای پوشش که شما را ملزم می‌کند قبل از اینکه ما داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم، داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد تکمیلی امنیت اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI): مزایای ماهانه‌ای که سازمان تأمین اجتماعی به افرادی با درآمد و منابع محدود که دارای معلولیت، نابینا یا 65 سال به بالا هستند، پرداخت می‌کند. مزایای SSI همان مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

مراقبت فوری: مراقبتی که برای بیماری، مصدومیت یا شرایط غیرقابل پیش‌بینی دریافت می‌کنید که اضطراری نیست اما نیاز به مراقبت فوری دارد. شما می‌توانید در مواقعی که دسترسی به ارائه‌دهندگان عضو شبکه امکان‌پذیر نیست، از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه خدمات درمانی مورد نیاز فوری را دریافت کنید. این شرایط زمانی پیش می‌آید که به دلیل زمان، مکان یا موقعیت شما،

دسترسی به ارائه‌دهندگان عضو شبکه ممکن یا منطقی نباشد (برای مثال، وقتی خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید و به دلیل یک بیماری ناگهانی به خدمات فوری نیاز دارید، اما وضعیت اورژانسی پزشکی نیست).

خدمات خدمات اعضای Alameda Alliance Wellness

تماس با	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس با این شماره رایگان است. از ساعت 8 صبح تا 8 شب، هفت (7) روز هفته. خدمات اعضا همچنین خدمات رایگان مترجم برای افراد غیرانگلیسی‌زبان در دسترس دارد.
TTY	1.800.735.2929 استفاده از این شماره نیازمند تجهیزات خاص تلفنی است و فقط برای افرادی در نظر گرفته شده که در شنیدن یا تکلم مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. از ساعت 8 صبح تا 8 شب، هفت (7) روز هفته.
فکس	1.877.747.4504
ارسال پستی	Alameda Alliance Wellness South Loop Road 1240 Alameda, CA 94502 DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org
وبسایت	www.alamedalliance.org/alliancewellness

اظهاریه افشای *PRA*:

مطابق با *Paperwork Reduction Act* (*PRA*، قانون کاهش تشریفات اداری) مصوب سال 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخ‌گویی به جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه درخواست جمع‌آوری اطلاعات دارای شماره کنترل معتبر از *Office of Management and Budget* (*OMB*، اداره مدیریت و بودجه) باشد. شماره کنترل *OMB* معتبر برای این مجموعه اطلاعات *0938-1444* است. برای بیان نظرات یا پیشنهادات مربوط به بهبود این فرم، می‌توانید از طریق این نشانی مکاتبه کنید: *CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

اگر سوالی دارید، لطفاً با Alameda Alliance Wellness به شماره 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1.800.735.2929 تماس بگیرند.
ما هفت (7) روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب آمادهٔ خدمت‌رسانی هستیم. این تماس رایگان است.
برای کسب اطلاعات بیشتر، به www.alamedaalliance.org/alliancewellness مراجعه کنید.